

Melissa Costa Santos

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC: IMPLANTAÇÃO,  
COGESTÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Saude Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

Florianópolis  
2012

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária  
da UFSC.

Santos, Melissa Costa

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC: IMPLANTAÇÃO, COGESTÃO E  
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE [dissertação] / Melissa Costa  
Santos ; orientador, Charles Dalcanale Tesser -  
Florianópolis, SC, 2012.

132 p. ; 21cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. gestão em saúde. 3. terapias  
complementares. 4. medicina integrativa. 5. política de  
saúde. I. Tesser, Charles Dalcanale. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**“Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis: implantação, cogestão e educação permanente em saúde”**

**Melissa Costa Santos**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Ciências Humanas e Políticas  
Públicas em Saúde Coletiva**

---

**Profa. Dra. Karen Glazer de Anselmo Peres**  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva

**Banca Examinadora:**

---

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser (Presidente)

---

Prof. Dr. Gustavo Tenório Cunha (Membro Externo)

---

Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi (Membro Titular)

---

Prof. Dr. Rodrigo Otavio Moretti Pires (Suplente)



## **AGRADECIMENTOS**

Ao reler o meu Diário de Campo me dei conta de quantas pessoas tenho que agradecer por tudo que aconteceu e, ainda, da forma como aconteceu. Aos profissionais e gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que oportunizaram este trabalho, aos professores e colegas do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva que me despertaram um novo olhar para a saúde e, representando todos que, de alguma forma, estiveram envolvidos neste processo, agradeço especialmente:

Aos meus queridos amigos da CPIC: à Sônia, pelo seu centramento e discernimento; à Leila, pela sua descontração e leveza; à Dani, pela sua sensatez e doçura; ao Renato, pela sua sabedoria e tranquilidade; ao Gelso; pelo seu apoio e coleguismo; e ao Ari, pela sua competência e intusiasmo.

Ao meu orientador, Charles Dalcanale Tesser, sempre presente, motivante e ainda com o dom de extrair nosso melhor.

E, finalmente, um agradecimento ao tripé que sustenta a minha vida: minha mãe, meu irmão e meu marido. Mãe, tu és a melhor de todas! Tiago, teu apoio nas horas mais difíceis faz toda a diferença! Ricardo, tu és meu companheiro de alma, para todo o sempre!



## **RESUMO**

No intuito de superar as dificuldades observadas para a inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), foi nomeada, em 2010, pela gestão municipal de saúde de Florianópolis/SC, uma comissão multiprofissional (CPIC) responsável pela condução do processo de implantação, promoção, sensibilização e apoio às PIC, de forma coparticipativa. O objetivo desta pesquisa é analisar a implantação das PIC na atenção primária à saúde (APS) de Florianópolis, de abril de 2010 a abril de 2012, utilizando o método de pesquisa-ação como forma de resolução coletiva de problemas, considerando as especificidades locais, fomentando a gestão participativa e possibilitando a transformação das práticas de saúde. A partir das demandas das Conferências Municipais de Saúde e de um diagnóstico situacional, realizou-se dezenas de seminários com profissionais e gestores sobre problemas e soluções relacionados à implantação das PIC. A primeira transformação da realidade foi a construção coletiva de uma regulamentação municipal em PIC, ao final de 2010, e a estruturação do registro informatizado em 2011, considerando a necessidade de legitimação profissional (principal problema elencado nos seminários). Publicada a regulamentação, pactuou-se um plano de expansão e fortalecimento das PIC focado na Oficina de Sensibilização, com referenciais da educação crítico-reflexiva, resultando em um plano de ação local, específico para cada unidade de saúde e comunidade, copactuado entre os funcionários e com indicação de um tutor da CPIC para o apoio contínuo no desenvolvimento das ações, monitoramento e avaliação. Como resultados preliminares do processo, foi possível verificar um aumento gradativo e considerável no número de atendimentos em PIC, com destaque, ao final do período estudado, de 36% dos Centros de Saúde oferecendo acupuntura na APS. Somado a isso, atividades de educação relacionadas às PIC para profissionais, gestores e comunidade foram desenvolvidas ampliando a oferta em PIC. Com base nesta experiência e, complementarmente, na experiência do município de Campinas/SP, foi possível elaborar um método de implantação das PIC na APS, estimulando o desenvolvimento de ações racionais e sustentáveis na área e fomentando a gestão participativa. Ainda que a institucionalização das PIC em Florianópolis seja recente, os dados da pesquisa contribuem para a legitimação das PIC por outros municípios, com ampliação responsável do cuidado realizado na APS através da oferta progressiva e sustentável de PIC.

**Palavras-chave:** gestão em saúde, terapias complementares, medicina integrativa, política de saúde

## **ABSTRACT**

In order to overcome the difficulties observed for the insertion of Integrative and Complementary Practices (ICP) in the Unified Health System (SUS), a multidisciplinary committee (ICPC) was created by the municipal health secretary of Florianópolis/SC in 2010. This committee was responsible for conducting the process of implementation, promotion, sensitisation and support of the ICP, using a co-participative strategy. The objective of this study is to analyze the implementation of the ICP in primary health care (PHC) in Florianópolis, from April 2010 to April 2012, using the action research method as a form of collective resolution of problems, considering the specific local conditions, encouraging participative management and enabling the transformation of health practices. Based on the demands from the Municipal Health Conference and from a situational diagnosis, dozens of seminars were conducted with health professionals and managers addressing problems and solutions related to the implementation of ICP. The first reality transformation was the collective construction of a ICP municipal regulation in the end of 2010, and the creation of electronic records in 2011, considering the need of professional legitimation (main problem listed in the seminars). After the publication of the regulation, it was agreed an expansion and strengthening plan of the ICP focused on the sensitisation workshop, with references on critical-reflective education, resulting in a local action plan, specific to each health unit and community, agreed among employees and with the designation of a ICPC mentor to give continuous support in the development of actions, monitoring and evaluation. As preliminary results of the process, we observed a gradual and significant increase in the use of ICP, especially at the end of the study period, with 36% of health centers offering acupuncture in PHC. In addition, education activities related to the ICP for professionals, managers and community have been developed increasing the offer of ICP. Based on this experience and, complementarily, in the experience of Campinas/SP, it was possible to elaborate a method of implementation of ICP in PHC, stimulating the development of rational and sustainable actions in the area and promoting participatory management. Although the institutionalization of the ICP in Florianópolis is recent, the research data contribute to the legitimacy of the ICP by other municipalities, with responsible expansion of care provided at the PHC level by offering progressive and sustainable ICP.

**Keywords:** Health Management; complementary therapies, integrative medicine, health policy

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS – Atenção Primária à Saúde  
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação  
CMS – Conferência Municipal de Saúde  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CPIC – Comissão de Práticas Integrativas da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis  
EPS – Educação Permanente em Saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
MS – Ministério da Saúde  
MT/MCA – Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PIC – Práticas Integrativas e Complementares  
PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
PNH – Política Nacional de HUMANIZAÇÃO  
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares  
PNPS – Política Nacional de Promoção à Saúde  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
SC – Santa Catarina  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS</b> .....	<b>21</b>
2.1 CRISE DA ATENÇÃO À SAÚDE .....	21
2.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, PLURALIDADE TERAPÊUTICA E INTEGRALIDADE.....	23
2.3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO SUS.....	25
2.4 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC .....	28
2.5 COGESTÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.....	31
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>35</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>37</b>
4.1. PESQUISA-AÇÃO.....	37
4.2. FASES DA PESQUISA-AÇÃO .....	39
4.3 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO .....	42
4.4 COLETA DE INFORMAÇÕES.....	44
4.5 LIMITAÇÕES .....	48
4.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	49
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>51</b>
5.1 ARTIGO 1 - IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENATES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS COM BASE NA COGESTÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	52
5.2 ARTIGO 2 - UM MÉTODO PARA A IMPLANTAÇÃO E PROMOÇÃO DE ACESSO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	80
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>111</b>
<b>APÊNCICE A – Marcos hitóricos da institucionalização das PIC na rede municipal de saúde de Florianópolis/SC</b> .....	<b>117</b>
<b>ANEXO A – Representação gráfica da rede de atenção à saúde do município de Florianópolis/SC</b> .....	<b>121</b>
<b>ANEXO B - Instruções aos autores da Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação</b> .....	<b>123</b>
<b>ANEXO C – Comprovante de aprovação de artigo à Revista Ciência &amp; Saúde Coletiva</b> .....	<b>129</b>
<b>ANEXO D - Instruções aos Autores da Revista Ciência &amp; Saúde Coletiva</b> .....	<b>131</b>



## 1. INTRODUÇÃO

O debate sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PIC), enquadradas no que a Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina de Medicinas Tradicionais e Complementares /Alternativas (MT/MCA), têm alcançado um grande crescimento nas últimas décadas e já existem diversas evidências da sua popularidade entre usuários e profissionais de saúde (EASTWOOD, 2000; HILL, 2003; LUFF, 2000; NOGALES-GAETE, 2004; TOVEY, 1997). Estudos revelam que entre 70% a 95% da população de países em desenvolvimento, especialmente na Ásia, África, América Latina e Oriente médio, utilizam alguma PIC para manejo de problemas primários de saúde, sendo este fenômeno igualmente significativo em alguns países industrializados, como Canadá, França, Alemanha e Itália (BODEKER, 2002; SILENZIO, 2002; WHO, 2011).

Além das recomendações da OMS para que seus países membros elaborem políticas que considerem a oferta de PIC nos serviços públicos, há um contexto mundial favorável à isso, devido, entre outros fatores, ao abalo da biomedicina<sup>1</sup>, por sua dependência à alta tecnologia, seus efeitos iatrogênicos e sua crescente desumanização das práticas profissionais (GONÇALVES *et al.*, 2008; NOGALES-GAETE, 2004; SAYD, 1999). Complementarmente, estudos indicam que parte do crescimento das PIC deve-se a méritos próprios: reposicionam o paciente como centro do paradigma médico; consideram a relação curador-paciente como elemento fundamental da terapêutica; buscam meios terapêuticos simples, menos dependentes de tecnologia científica dura, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia nas situações comuns de adoecimento; e estimulam a construção de uma medicina que busca acentuar a autonomia do paciente, enfocando em um saber/prática que tenha como categoria central a saúde e não a doença (ANDRADE, 2006; LEVIN; JONAS, 2001; LUZ, 2005; NOGALES-GAETE, 2004; SOUSA; VIEIRA, 2005; TESSER; BARROS, 2008;).

Por isso, alguns estudos sugerem a integração das PIC com a biomedicina, desenvolvendo um sincretismo terapêutico, uma vez que a utilização da biomedicina isolada não seria capaz de resolver

---

<sup>1</sup> Termo adotado em antropologia para designar a “medicina ocidental”, “medicina científica” ou “medicina alopática”, no intuito de destacar sua posição dominante e estabelecida no mundo atual e seus princípios epistemológicos baseados no paradigma positivista (LANGDON, 2003)

completamente as necessidades em saúde (HILL, 2003; SAYD, 1999; SILENZIO, 2002). Sendo assim, a inclusão de outras abordagens terapêuticas, tal como as PIC, contribuiria para a ampliação da clínica, favorecendo ações de promoção da saúde, num âmbito individual, e tendo uma potencial ação desmedicalizante, devendo sua inserção ser considerada nos sistemas públicos de saúde, no sentido de promover a integralidade de atenção à saúde (BURKE et al, 2005; TESSER; BARROS, 2008;).

No Brasil, as discussões para a legitimação destas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se a partir da década de 80, coincidindo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Como destaque deste período está a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, que deliberou a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, e, em 1988, as Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterapia (BRASIL, 2006a). Após este período, a crescente discussão em torno das PIC ganhou evidência na década de 90, com o desenvolvimento do Grupo de Pesquisas Racionalidades Médicas, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), liderados por Madel Luz, o qual enfocou o estudo da saúde coletiva em sua multiplicidade de saberes e práticas presentes na sociedade e nas instituições de saúde, em sua diversidade política, cultural e epistemológica (TESSER; LUZ, 2008). Os estudos do grupo aprofundaram-se em vários aspectos socioepistemológicos e históricos das PIC, contribuindo e fortalecendo para a inserção destas práticas nos serviços públicos de saúde brasileiros.

Contudo, o marco ocorreu em 2006, com a publicação da Portaria Ministerial 971/06 que aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2006b). O texto da política considera que as PIC tendem a estimular o desenvolvimento da tomada de consciência por parte do paciente sobre seu processo de doença e cura durante o tratamento, propiciando uma mudança de atitude e comprometimento com seu estado de saúde, promovendo, em última análise, uma maior qualidade de vida dos usuários do SUS (BRASIL, 2006a). É importante reconhecer que em todas as práticas de saúde pode-se observar comportamentos inadequados, tais como imprudência profissional, interesses lucrativos e manipulação da indústria, o que é facilitado pela ausência de regulamentação, controle, segurança, registro e qualificação de competências de forma eficaz

(NOGALES-GAETE, 2004). Portanto, a PNPIC visa também normatizar a utilização destas práticas no SUS, convergindo com os princípios de integralidade e universalidade, e contribuindo para o aumento da resolubilidade do sistema (BRASIL, 2011a).

Cabe destacar que os princípios e diretrizes da PNPIC são congruentes com outras políticas nacionais de saúde, tais como a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS). A PNH reforça os preceitos da PNPIC ao promover o aumento do grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, estabelecendo um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde, tendo como princípios norteadores a valorização da dimensão subjetiva e social, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização (BRASIL, 2004). Corroborando isso, a PNPS tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes e propõe que esta seja uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida, tendo a promoção da saúde como um mecanismo de fortalecimento do SUS (BRASIL, 2006c).

Somado a isso e reforçando os preceitos da PNPIC, a recente decreto 7508/2011, que regulamenta a Lei 8080/90 (BRASIL, 2011b), trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde como sendo a estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Com isso há uma redefinição do ato de cuidar, considerando a necessidade de estabelecer um projeto terapêutico singular, com base na escuta acolhedora e na co-responsabilização do cuidado e, portanto, congruente à PNPIC ao promover a reflexão de que é preciso ampliar o objeto de trabalho da clínica para além das doenças, já que os problemas ou condições de saúde estão em sujeitos e por isso a “clínica do sujeito” é a principal ampliação da clínica, possibilitando o aumento do grau de autonomia dos usuários e cabendo uma decisão compartilhada do projeto terapêutico, valorizando a escuta, a comunicação, o vínculo e a responsabilização do cuidado (BRASIL, 2010).

Neste contexto, observa-se que a PNPIC, em conformidade com outras políticas públicas de saúde brasileiras, evoca uma “política de inclusão terapêutica” aberta a outros saberes e racionalidades, o que pode favorecer a complementaridade em detrimento da exclusão, ampliando a variedade de opções para os cuidados em saúde (ANDRADE; DA COSTA, 2010). Portanto, a inclusão das PIC no SUS parece apropriada e compatível aos diversos níveis de atenção à saúde, com ênfase de inserção na atenção primária à saúde (APS), na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, propiciando um cuidado continuado, humanizado e integral.

Por outro lado, considera-se um desafio aos gestores públicos a efetiva institucionalização das PIC no SUS, já que mecanismos legais não são suficientes quando há reduzido número de recursos humanos capacitados, insuficiente financiamento para a maioria das práticas e poucos espaços institucionais para desenvolvimento de novos serviços (GOLÇALVEZ, *et al*, 2008; SOUSA; VIEIRA, 2005). Além disso, existem barreiras substantivas, incluindo fatores econômicos, científicos e organizacionais, que frustram as tentativas de integração das PIC à biomedicina (BARRET *et al*, 2003). Reconhece-se a importância do estabelecimento de uma política nacional, definindo responsabilidades às três esferas de gestão, porém a PNPIC aponta apenas diretrizes e não define sistematicamente as ações operacionais necessárias para efetiva implantação das PIC no âmbito municipal, o que claramente dificulta a consolidação das mesmas no SUS, especialmente na APS<sup>2</sup>.

Com base neste contexto, algumas questões principais nortearam o desenvolvimento desta pesquisa:

*Considerando as PICs como estratégia complementar de ampliação da atenção integral à saúde no SUS, especialmente como recurso terapêutico/promocional/preventivo e apoio à resolubilidade da APS, como ocorre o processo de implantação das PICs no âmbito da APS?*

*Quais as dificuldades encontradas e as estratégias para sua superação neste processo?*

---

<sup>2</sup> Em participação da pesquisadora em oficina de trabalho “Avanços e desafios para as PICs no SUS”, realizada em novembro de 2010 pela Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde, com a participação de diversos representantes de segmentos sociais envolvidos com as PIC no SUS, verificou-se grande demanda por um instrumento de gestão que orientasse a implantação das PIC no âmbito municipal, especialmente na APS.

*É possível construir diretrizes de gestão para orientar os municípios na implantação das PICs em seus serviços?*



## **2. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS**

### **2.1 CRISE DA ATENÇÃO À SAÚDE**

O progressivo espaço social adquirido pelas PIC promove uma reflexão epistemológica e pode estar relacionado a um conjunto de eventos e problemas de natureza sanitária, denominado por Luz (2005) de “Crise da Saúde”, cuja causa se relaciona a questões sócio-econômicas decorrentes da evolução crescente do capitalismo, agravando as desigualdades sociais e gerando um conjunto de problemas sanitários e epidemiológicos. Somado a isso, há um outro aspecto importante denominado por Joubert (1993) de “pequena epidemiologia do mal-estar”, que consiste em uma síndrome coletiva de um mal-estar difuso, com grande repercussão na saúde física e mental do homem, atingindo milhões de indivíduos de todo o mundo, especialmente de grandes cidades, ocasionando uma situação permanente de sofrimento para os cidadãos e de grande perda financeira para as economias desses países, em função de dias de trabalho perdidos (LUZ, 2005).

Este cenário agrava-se com a vivência da atual “crise da medicina”, em que observa-se perda ou a deteriorização da relação médico-paciente e mercantilização do cuidado, com a transformação do paciente em um consumidor potencial de bens médicos. Desta forma, há uma perda gradativa do papel milenar terapêutico da medicina como arte de curar, em proveito da diagnose e investigação cada vez mais sofisticada de patologias, sem igual consideração pelos sujeitos doentes e por sua cura. (LUZ, 2005). Estas condutas refletem no fato de que a civilização contemporânea gasta mais tempo e recursos focados quase que exclusivamente na doença, e não no doente, e assim o indivíduo e suas aflições desaparecem e ficam as normas e os procedimentos, a uniformização das condutas e o esclarecimento parcial de sua saúde (DUPAS, 2006).

Neste contexto complexo de cuidado à saúde, desenvolve-se o processo de medicalização social, termo definido por Conrad (2007) como o processo de transformação social no qual problemas não médicos passam a ser tratados como médicos, ou seja, um problema comum passa a ter termo médico definido, com adoção de um quadro clínico e intervenção determinados e, portanto, ocorrendo a resignificação de experiências humanas como se fossem problemas médicos, com estabelecimento de normas biomédicas de conduta à cultura geral. Consequentemente, a medicalização pode levar, conforme

define Illich (1981), à uma iatrogenia clínica, processo no qual a tecnologia médica causa dano à saúde humana. Desta forma, há uma tendência à redução dos adoecimentos a problemas da “máquina humana” que a tecnologia químico-cirúrgica é capaz de resolver, havendo assim um aumento em procedimentos diagnóstico-terapêuticos e desvalorização da abordagem subjetiva relacionada ao processo saúde-doença (TESSER; BARROS, 2008). Surpreendentemente, a medicalização desconhece limites e faz a doença ser percebida como normal, até mais normal do que a condição de ser saudável, promovendo com isso um processo de uniformização das condutas médicas e transformando a medicina em atividade de engenharia, da técnica, do custo-benefício (DUPAS, 2006).

Portanto, questiona-se se a biomedicina é auto-suficiente para superar esta crise de atenção à saúde. Segundo Dupas (2006), a biomedicina se destaca por sua competência tecnológica e progresso científico que é, de um certo ângulo, incontestável, mas esta medicina racional e eficaz não será moral se não encontrar formas de acolher novamente o sujeito nas suas práticas e teorização. Complementarmente, Langdon (2003) considera que a doença é um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais, experienciado pelo sujeito, e não simplesmente como um processo biológico envolvendo um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica. Assim, a doença deve ser vista como um processo experienciado por um sujeito com expressão, que sente, sonha e exprime uma “doença do doente”, distinguindo-se radicalmente da construção biomédica da doença. Esta, por sua vez, examina, ausculta, apalpa, mede, explora e modifica os comportamentos vitais do corpo humano, tentando interromper os sintomas. Entretanto, fica a reflexão se os sintomas existem para serem interrompidos ou entendidos e tratados em sua lógica e complexidade (DUPAS, 2006).

Todos estes aspectos relacionados à crise de atenção à saúde formam um cenário propício à busca por formas de cuidado com abordagens diversas da biomedicina. Contudo, este desejo também sofre influência das transformações culturais ocorridas na sociedade, associada aos desdobramentos tardios dos questionamentos iniciados na década de 60 pela chamada contracultura, que parece estar em expansão e aponta para transformações complexas e sincréticas nas representações de saúde e doença contemporâneas, refletindo nas escolhas terapêuticas (SOUZA; LUZ, 2009). Estas transformações culturais envolvem uma reconfiguração do “sagrado” como algo unificado ao homem e à natureza, e não mais em um contexto superior e separado, ocorrendo o

surgimento de crenças alternativas (SAYD, 1999) e caracterizando um processo de profunda mudança cultural (CAMPBELL, 1997). Assim, torna-se compreensível a busca por práticas terapêuticas mais humanizadas e que aparentam mais condizentes a este padrão cultural, ou seja, práticas que não sigam o paradigma analítico de base mecanicista, mas que apresentem uma compreensão mais holística de corpo e doença.

## 2.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES, PLURALIDADE TERAPÊUTICA E INTEGRALIDADE

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC), termo adotado no Brasil, contemplam sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Complementar/ alternativa (MT/MCA). Não há consenso a respeito da nomenclatura adequada para denominar estas práticas, tendo em vista as diferentes realidades nos países onde são desenvolvidas (NOGALES-GAETE, 2004). Segundo o National Center of Complementary and Alternative Medicine (2010), estas práticas podem ser chamadas de “complementares” quando utilizadas em associação à biomedicina, chamadas de “alternativas” quando empregadas em substituição à prática biomédica e, por fim, chamadas de “integrativas” quando são usadas conjuntamente à biomedicina, considerando as evidências de segurança e efetividade. Conceitualmente, as PIC podem ser definidas como um grupo de sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são presentemente considerados parte da biomedicina. Segundo o Ministério da Saúde brasileiro, tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2006a).

No Brasil, os estudos sobre os sistemas médicos complexos no campo das PIC avançaram por meio do grupo de pesquisa liderado por Luz (2000), o qual produziu uma matriz de análise, definida como “racionalidade médica”, que compreende um conjunto estruturado 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 (explicativa dos adoecimentos, sua origem e cura), embasadas em uma cosmologia

implícita ou explícita. Tais dimensões caracterizam uma racionalidade médica, o que permite distinguir entre sistemas médicos complexos como a biomedicina ou a medicina homeopática, de recursos terapêuticos e métodos diagnósticos, como, por exemplo, florais de bach e iridologia, respectivamente (TESSER, 2009; TESSER; BARROS, 2008).

A ideia de integralidade, na dimensão das práticas profissionais, parece ter uma ressonância não problemática com as PIC, já que, em geral, estas compreendem a saúde como um bem-estar amplo, em que há interação complexa de fatores físicos, sociais, mentais, emocionais e espirituais, concebendo um outro olhar sobre o processo saúde-doença e desenvolvendo um “cuidado integrador” (ANDRADE; DA COSTA, 2010; SOUSA; VEIRA, 2005). Portanto, a inserção das PIC promove a ampliação da clínica ao expandir o conhecimento técnico do profissional, aumentando o leque de possibilidades terapêuticas, uma vez que promove um enriquecimento interpretativo e terapêutico (TESSER; BARROS, 2008), além de propor a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para o enfrentamento e resolução dos problemas de saúde (BARROS, 2000; TESSER, 2009).

Alguns posicionamentos contrários à legitimação das PIC alegam abandono do conhecimento científico e uma volta a um suposto passado de obscurantismo. Entretanto, os atuais desafios e crises da atenção à saúde, a expansão científica no mundo e a medicalização social sustentam e demandam a superação desse “medo” (TESSER; BARROS, 2008). Ainda que parte das PIC não tenham sua evidência científica definida ou estudada, a institucionalização de políticas e saberes relacionados às PIC resulta de uma anterioridade histórico-sanitária: a eficácia clínica e sociocultural estabelecida na tradição (ANDRADE; DA COSTA, 2010). Portanto, gradativamente observa-se que os méritos das PIC estão obtendo reconhecimento da população, da sociedade formal e por parte da ciência biomédica, particularmente quanto à experiência com o processo adoecimento-cuidado-cura e quanto ao estímulo do potencial de reequilíbrio e cura do próprio paciente (LEVIN; JONAS, 2001; TESSER, 2009)

Atualmente pode-se dizer que biomedicina convive com outras formas de cuidado, caminhando no sentido da humanização das práticas clínicas e da inclusão de outras abordagens diagnóstico-terapêuticas, considerando os diferentes sistemas e modalidades médicas, crenças e itinerários de saúde (ANDRADE; DA COSTA, 2010). O reconhecimento social, acadêmico e institucional das PIC reforça o

consenso de que, conforme definido por Helman (2009), estamos diante de um contexto cultural de pluralismo terapêutico e, portanto, torna-se um desafio das gestões públicas o desenvolvimento de políticas de saúde que considerem esta característica cultural de múltiplas abordagens de cuidados à saúde (ANDRADE; DA COSTA, 2010; THIAGO; TESSER, 2011). Por isso, evidencia-se o estímulo à inserção das PIC no SUS, considerando o pluralismo em cuidados de saúde, na perspectiva de integrar aos serviços públicos como uma possível resposta aos limites e lacunas paradigmáticos, diagnósticos-terapêuticos e políticos da biomedicina (ANDRADE; DA COSTA, 2010).

Extrapolando a discussão para além da saúde pública, Paranaguá *et al* (2009) alerta que é notório que algumas PIC são mais facilmente ofertadas nos serviços privados de saúde, restringindo o acesso aos cidadãos de maior poder aquisitivo e, desta forma, colaborando para as desigualdades na atenção à saúde da população brasileira. Desta forma, reforça-se a necessidade de institucionalização das PIC no SUS para evitarmos o desenvolvimento de políticas públicas que, conforme Cunha (2005), permitam a pluralidade terapêutica para os “ricos” (fora do SUS), enquanto que aos pobres restará somente o rigor (e os limites) da ciência cartesiana.

### 2.3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO SUS

O desenvolvimento das PIC na saúde pública é favorável e seu crescimento é incontestável. Desde a Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, a OMS recomenda a seus países membros a inclusão das PIC nos sistemas públicos de saúde. Em 2007 a OMS relatou que 110, dos 193 países membros, possuíam algum tipo de política pública para regulamentação dessas práticas, contra menos de 15 relatado em 1986 (WHO, 2011). Estudos indicam que entre 70% a 90% da população de países em desenvolvimento e alguns países industrializados, como Canadá, França, Alemanha e Itália, utilizam alguma PIC na APS (WHO, 2011). Além disso, as PIC continuam respondendo, nos países pobres, por grande parte do cuidado em saúde que transcende o ambiente familiar e cada vez mais profissionais de saúde procuram aprendê-las para “enriquecer” suas habilidades curadoras (TESSER, 2009). Entretanto, ocorre um paradoxo em relação aos custos dos tratamentos: ou é um custo muito baixo, como em alguns países em desenvolvimento, ou ocorre associação importante à indústria, como acontece nos países desenvolvidos, quebrando a crença de que são

financeiramente mais econômicas (NOGALES-GAETE, 2004). Ainda assim, algumas experiências têm demonstrado que a inclusão das PIC em saúde pública tem sido uma estratégia para redução dos recursos despendidos aos serviços de saúde (WHO, 2011).

No Brasil, é evidente a vontade política da sociedade civil e dos representantes dos usuários, nas conferências e nos conselhos de saúde brasileiros, quanto ao oferecimento das PIC pelo SUS, tanto em níveis local, municipal e nacional, já que suas virtudes intrínsecas são relevantes, seu risco é relativamente baixo e suas potencialidades parecem ser promissoras como uma estratégia desmedicalizante, ainda que limitada, no âmbito do SUS (TESSER; BARROS, 2008). Como resultado natural desse processo, o Ministério da Saúde aprovou, por meio da Portaria ministerial nº971/2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), com diretrizes e ações para a inserção de produtos e serviços relacionados à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia e Plantas Mediciais/Fitoterapia, bem como observatórios de saúde em Termalismo Social e Medicina Antroposófica. A aprovação e publicação da PNPIC é considerada um marco para o desenvolvimento das PIC no Brasil e, juntamente com o respaldo de outras políticas públicas, tais como Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) e Política Nacional de Humanização (PNH), compõe uma forte justificativa legal para incentivo da implantação das PIC no SUS.

O texto da PNPIC enfatiza a inserção das PIC na APS, condizente com dados da literatura internacional que reconhece a vocação natural das PIC neste âmbito de atenção (MCWHINEY, 2010) e, por isso, a discussão aqui realizada atém-se a esse ambiente de serviços do SUS, apesar de que pode-se estender a outros ambientes de cuidado no SUS, dada sua generalidade e pressupostos que transcendem a APS. As PIC contribuem para a ampliação da clínica ao utilizar técnicas que promovem o movimento de cura e a participação do próprio paciente neste processo, trazendo uma ruptura com a Biomedicina, ao trabalhar com conceito de saúde mais amplo, incluindo a subjetividade do sujeito (CUNHA, 2005). Na prática clínica da APS, isso pode ser muito importante porque um conjunto de sintomas “inexplicáveis” para a Biomedicina, que não se encaixa nas classificações diagnósticas e explicações fisiopatológicas, pode ter, para o modelo explicativo da Medicina Tradicional Chinesa ou homeopatia, por exemplo, um diagnóstico óbvio, possibilitando uma conduta eficaz (CUNHA, 2005).

Por isso, Cunha (2005) propõe a transformação da clínica tradicional a partir de outras contribuições teóricas e da síntese com

outras racionalidades médicas, que parece compatível com a dinâmica dos serviços da APS, principalmente com clientela adscrita e seguimento de longo prazo, com vistas a se obter uma política para a APS que supere as dificuldades metodológicas de definição de eficácia de algumas PIC, em direção à maior qualidade do SUS e facilitação da construção da clínica ampliada.

Entretanto, estudos revelam que existe um relativo desconhecimento sobre PIC entre os profissionais de saúde, limitado ao conhecimento pessoal ou popular e não à educação formal, contrastando com um alto interesse na aprendizagem e inserção destas práticas no SUS (GONÇALVES *et al*, 2008; PARANAGUA *et al*, 2009; THIAGO; TESSER, 2011:). Estranhamente, este grande interesse não tem sido acompanhado da inclusão de disciplinas específicas nos currículos oficiais da maioria dos cursos de graduação na área de saúde no Brasil (GONÇALVES *et al*, 2008; THIAGO, TESSER, 2011), promovendo a reflexão de que, juntamente com o planejamento para implantação das PIC nos serviços de saúde, deve-se pensar no desenvolvimento de ações em educação a fim formar e capacitar os profissionais do SUS, uma vez que o desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as PIC pode ser responsável por conceitos equivocados, podendo gerar dificuldades na relação médico-paciente e com colegas praticantes.

A reflexão sobre a inserção das PIC na APS deve ser ampla, sistêmica e contextualizada e, conforme proposta de Cunha (2005), as PIC não deveriam ser uma especialidade profissional, mas mais um recurso para o profissional generalista, que irá eleger o recurso terapêutico mais adequado, dependendo não somente da sua vontade, mas também da vontade e do momento do paciente, podendo associar terapêuticas. Entretanto, para isso é necessário adaptações para a realidade das unidades básicas do SUS e acredita-se que isso é possível na medida que o profissional mantém contato com uma população fixa, mesmo em encontros curtos, podendo acumular as informações necessárias ao diagnóstico homeopático ou da Medicina Tradicional Chinesa e, mesmo não garantindo uma eficácia plena dentro das potencialidades da racionalidade, são técnicas muitas vezes de efeito mais rápido e bem menos iatrogênico do que a proposta similar da Biomedicina (CUNHA, 2005).

Portanto, apesar de alguns impeditivos dificultarem a institucionalização das PIC, tais como críticas, oposições e contestação da legitimidade das mesmas, percebe-se um momento favorável com aceitação bastante significativa por usuários e profissionais, inclusive com arcabouço legal justificando a inserção destas práticas no SUS. O

processo de formulação da PNPIC e sua aprovação promoveram debate nacional sobre o tema e instituíram demandas e ações para incremento do acesso às PIC com qualidade e eficácia no SUS (BRASIL, 2011a). Ainda que avanços tenham sido obtidos, a expansão destas práticas constitui-se num processo a ser construído e avaliado continuamente (SOUSA; VIEIRA, 2005), com envolvimento de diversos atores sociais, institucionais e profissionais, e, apesar das dificuldades, acredita-se que a inclusão das PIC no SUS pode ser considerada uma estratégia no manejo da medicalização e no desenvolvimento da universalidade, equidade e integralidade, para a construção de um SUS prudente para um cuidado à saúde decente (TESSER; BARROS, 2008).

#### 2.4 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC

As discussões sobre as PIC na rede municipal de saúde de Florianópolis é recorrente. O município foi pioneiro em Santa Catarina ao disponibilizar médicos homeopatas e acupunturistas na rede básica de saúde desde 1978. Em 1993 houve uma proposta de um projeto para a área, cujos objetivos, além de proporcionar o acesso a estas terapêuticas aos usuários da rede básica, previa o desenvolvimento de pesquisas na área, a capacitação de recursos humanos, a criação de um sistema de avaliação e a participação no projeto docente-assistencial da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), porém este projeto não foi implementado (STHIAIGO, 2009). O município dispunha, nesta época, de cinco médicos homeopatas e dois acupunturistas na rede básica e o serviço de referência em Homeopatia e Acupuntura da Policlínica I, da Secretaria Estadual de Saúde (STHIAIGO, 2009). Em parceria firmada entre a Secretaria Estadual de Saúde e a UNISUL (Universidade do Sul de Santa Catarina), em 1998, disponibilizou-se técnicas terapêuticas não convencionais aos seus usuários (durou apenas 2 anos) e implantado-se uma farmácia homeopática para fornecimento de medicamentos aos usuários, onde funcionou até 2007, sendo então transferida para o Hospital Infantil Joana de Gusmão até seu fechamento em maio de 2009 (S.THIAIGO, 2009)

Apesar da tradição verificada na rede municipal de saúde de Florianópolis já há longo tempo, no período inicial desta pesquisa, constatou-se com exceção de um médico homeopata e dois médicos acupunturistas atuando como referência à APS, nas Policlínicas Municipais, apenas algumas pequenas ações individuais, não oficializadas, de incorporação das PIC pelos profissionais de saúde

durante seus atendimentos. Entretanto, pode-se dizer que o tema obteve consistência institucional relevante em março de 2010 com a publicação da Portaria 010/2010 (FLORIANÓPOLIS, 2010), que nomeia a Comissão de Práticas Integrativas e Complementares<sup>3</sup> (CPIC), responsável pela condução do processo de implantação das PIC na rede municipal de saúde de Florianópolis. Esta nomeação veio em decorrência da necessidade de institucionalização das PIC, estimulada por discussões iniciadas há cerca de um ano antes, por um grupo de profissionais que se reuniam informalmente, interessados em articular a implantação das PIC no município. O grupo foi reformulado, permanecendo alguns integrantes e novos foram incorporados, determinando um grupo de caráter multiprofissional e de *expertises* variadas em PIC, o qual foi nomeado para compor a CPIC, sem acúmulo de vantagens por isso.

Em pesquisa bibliográfica sobre as PIC em Florianópolis, verificou-se a existência de poucos estudos sobre o tema. Um estudo realizado entre 2008 e 2009 (THIAGO; TESSER, 2010), sobre a visão de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) quanto às PIC, foi revelado que 81,4% dos profissionais são favoráveis à PNPIC, sendo que 59,9% revelaram elevado interesse na utilização de PIC, manifestado pelo desejo de fazer uma capacitação ou uma formação na área. Além disso, verificou-se a existência de diversos profissionais habilitados em alguma PIC na APS em Florianópolis, com destaque em acupuntura e homeopatia, porém sem exercê-la. O estudo apontou que isso se devia, entre outros fatores, à ausência de um programa municipal de inclusão das PIC, com falta de incentivo à prática dos profissionais já habilitados e fornecimento de

---

<sup>3</sup> Membros da CPIC: Melissa Costa Santos, coordenadora, farmacêutica, especialista em acupuntura e massoterapia chinesa e mestranda em saúde coletiva; Sônia de Castro S.thiago: médica de família, especialista em medicina de família e comunidade, especialista em homeopatia, mestre em saúde pública; Daniela Baumgart de Liz Calderon: enfermeira, coordenadora de Centro de Saúde, especialista em acupuntura, especialista em saúde pública, mestranda em saúde coletiva; Leila Nery de Souza: farmacêutica, especialista em acupuntura, especialista em homeopatia, especialista em ciências farmacêuticas/produtos naturais, mestre em ergonomia; Gelso Guimarães Granada: médico de família, especialista em medicina de família e comunidade, especilista em saúde coletiva, mestre em saúde coletiva; Renato José Alves de Figueiredo: médico de família, especialista em medicina de família e comunidade, especialista em acupuntura.

insumos e medicamentos necessários (THIAGO; TESSER, 2010). Os resultados da pesquisa realizada em Florianópolis sugerem que há apoio dos médicos e enfermeiros da ESF para a implantação das PIC, sendo um importante primeiro passo para a construção sustentável de políticas locais de oferta das PICs no SUS (THIAGO; TESSER, 2010).

Outra pesquisa realizada no município de Florianópolis (LOCHNECKEL *et al*, 2010), referente à percepção de estudantes da área da saúde sobre homeopatia, revelou conhecimentos superficiais sobre o tema e desconhecimento da homeopatia no SUS, observando, portanto, uma lacuna a ser preenchida: a ausênciada homeopatia nos currículos e a falta de profissionais que possam ser incorporados pelo SUS. Já um estudo realizado em uma maternidade do município revelou desconhecimento das parturientes sobre o uso de acupuntura para analgesia no parto, contrastando com o elevado interesse despertado em utilizar tal técnica (MARTINI; BECKER, 2009).

Complementarmente, em Florianópolis têm-se observado o grande interesse das comunidades locais pelas PICs devido a influências culturais ou decorrente de experiências individuais. Em estudo sobre o uso de plantas medicinais em uma comunidade de Florianópolis revelou forte correlação entre uso e conhecimento tradicional de plantas medicinais, sendo a principal fonte de conhecimento a própria comunidade e familiares, demonstrando uma rica herança cultural local sobre plantas medicinais, revelando um claro sincretismo com a biomedicina (GIRALDI; HANAZAKI, 2010) e algo que necessita ser explorado pelo SUS local.

Como reflexo natural destas constatações, as VI, VII e VIII Conferências Municipais de Saúde apresentaram em seus relatórios finais resoluções e moções de apoio à inclusão das PIC na rede de atenção à saúde, visando ampliar a atenção integral à saúde, com garantia de fornecimento de insumos e medicamentos relacionados, bem como incentivo ao uso de plantas medicinais (FLORIANÓPOLIS, 2003, 2006, 2011).

Neste contexto, a nomeação da CPIC pretende implantar efetivamente as PIC no âmbito municipal, atendendo às demandas observadas tanto por usuários do SUS, quanto por profissionais da rede municipal de saúde de Florianópolis, além de promover a PNPIC municipalmente. Ainda que a oficialização de uma comissão facilite a institucionalização, um longo caminho à efetiva implantação das PIC no SUS é necessário, com definição de prioridades e resolução de diversos problemas relacionados, entre outros aspectos, a recursos humanos, recursos financeiros e educação profissional, ou seja, um processo

complexo envolvendo articulação e discussões com gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS.

## 2.5 COGESTÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Considerando a complexidade de fatores que envolve a inserção das PIC no SUS, especialmente na APS, alguns referenciais de gestão participativa devem ser compreendidos para facilitar o entendimento e desenvolvimento de todo o processo. Desde os anos setenta observa-se no Brasil um movimento de democratização dos serviços públicos de saúde, sendo a utilização da cogestão em saúde vista em inúmeras experiências de implantação do SUS. A descentralização de poder para os municípios e a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde estão entre os principais dispositivos sugeridos pelo SUS para alterar o funcionamento burocrático do Estado (CAMPOS, 1998). Entretanto, estas medidas ainda são insuficientes para o desenvolvimento de um sistema de gestão que assegure a produção qualificada de saúde, alcançando os objetivos do SUS e a realização de seus trabalhadores, de forma a diminuir o seu grau de alienação (CAMPOS, 1998, 2000). Muito se fala na necessidade do desenvolvimento do planejamento ascendente, com o envolvimento de profissionais e usuários, porém ainda distantes da prática diária. Portanto, é um grande desafio aos serviços públicos de saúde assegurar o cumprimento de seus objetivos primários (produzir saúde) e ao mesmo tempo estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de cogestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal (CAMPOS, 1998).

No intuito de superar estas dificuldades, Campos (2000) propõe o Método da Paideia, ou método da roda, para a cogestão de coletivos organizados para a produção de valor de uso. A base de discussão do método é a tríplice finalidade da instituição: produção de valor de uso para os outros, produção de sujeitos e a sustentabilidade da instituição; relacionados, respectivamente, com três atores: os usuários, os trabalhadores e os gestores. Considerando estes aspectos, o método politiza a gestão porque reconhece os conflitos, enfrentando as verdades institucionais e propõe que, ao contrário da tradição gerencial hegemônica, quaisquer dos três atores quando detêm poder demais comprometem a sobrevivência da organização e, portanto, cabe aos coletivos reconhecer e lidar com estes conflitos (CUNHA; CAMPOS, 2010). O Método da Roda propõe-se a trabalhar objetivando a constituição de Coletivos Organizados, o que implica em construir capacidade de análise e de cogestão para que os agrupamentos lidem

tanto com a produção de bens e serviços, quanto com sua própria constituição. Isso reflete em vantagens potenciais como melhoria do grau de envolvimento e de compromisso dos trabalhadores com a instituição, criação de um sistema informação de educação continuada (espaços formais de troca de saberes), além da melhoria sensível das relações interpessoais (CAMPOS, 1998).

Tal método propõe a desenvolvimento do Apoio Paidéia como uma proposta complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe (CAMPOS, 2003). Campos (2003) define que o termo Apoio indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens ou serviços, sustentando e “empurrando” o outro. Esta proposta é importante na gestão participativa já que busca intervir de maneira interativa e o Apoio parte do pressuposto que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder. A idéia do Apoio é fugir da tradicional gestão em que não reconhece ser produto de uma interação entre as pessoas, tendendo a reproduzir formas burocratizadas de trabalho, com empobrecimento subjetivo e social dos trabalhadores e usuários. Por outro lado, o Apoio reconhece que a gestão produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder de trabalhadores e de usuários das organizações e, portanto, vinculado com a democratização do serviço e cogestão. Assim, conforme Campos (2003), o apoiador não está em um lugar organizacional específico, devendo exercer a função de apoio com algumas concepções: construir rodas e contribuir para a criação de espaços coletivos para planejamento construtivo e progressivo; por em análise as relações de poder, de conhecimento e de afeto envolvidas; trabalhar com uma metodologia que traga ofertas externas e que ao mesmo tempo valorize as demandas do grupo; apoiar o grupo tanto para construir objetos de investimento, quanto para compor compromissos e contratos com outros; pensar e fazer junto com as pessoas e não no lugar delas; autorizar os grupos a exercer a crítica-generosa e a desejar mudanças.

Vinculados aos aspectos da cogestão estão as atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS), que pode corresponder aos processos educativos relacionados à educação em serviço, educação continuada, educação formal de profissionais e, até mesmo, educação popular (CECCIM, 2005a). Desse modo, o conceito de Educação Permanente em Saúde foi adotado para dimensionar a tarefa da ampla aproximação entre formação, gestão, atenção e participação social em área específica de saberes e de práticas, mediante as intercessões

promovidas pela educação na saúde, sendo que “a educação intercede pela saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem” (CECCIM, 2005b). Refletir sobre a EPS relacionada às PIC é necessário, a fim de suprir a deficiência de formação existente na graduação dos profissionais de saúde e que refletem os modelos essencialmente conservadores, centrados em saberes e tecnologias biomédicas dependentes de procedimentos e equipamentos diagnósticos e terapêuticos (FEUERWERKER, 2002). Conforme Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação para a área da saúde deveria estruturar-se na problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

A EPS está fundamentada na concepção de educação como espaço de problematização, reflexão e diálogo, destacando a sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde e a geração de auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento e experimentação (CECCIM, 2005a). A EPS relacionada às PIC é ainda mais complexa e, ao mesmo tempo, relevante, já que a presença de saberes tradicionais das culturas e ou a produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida pertencem a lógicas em grande parte distintas do modelo científico hegemônico vigente (CECCIM, 2005a) e, por isso, talvez sejam necessárias parcerias institucionais, que devem ser providenciadas e apoiadas pelo SUS, para que a EPS constitua espaços de planejamento, gestão e mediação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). É importante refletir sobre desenvolver EPS contextualizada e utilizar outros espaços institucionais para além das tradicionais capacitações (que geram o esvaziamento de profissionais da rede), como reuniões de categoria profissional, reuniões da unidade de saúde, reuniões de equipe, entre outros, já que, conforme Ceccim (2005a), as capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos.

Tomando como base de reflexão as propostas apresentadas por Campos, considera-se importante que o processo de implantação das PICs nos serviços públicos de saúde, conduzido pela CPIC em Florianópolis, siga esta linha norteadora para o seu desenvolvimento integral, a fim de superar coletivamente as dificuldades que se apresentarem, definindo estratégias de ação participativamente. Corroborando isso, a cogestão em saúde é estimulada pelas atuais

políticas públicas do SUS, tal como a PNH (BRASIL, 2004), a qual estabelece diretrizes de atenção ao incentivar o protagonismo dos sujeitos, democratizar a gestão dos serviços e ampliar a atenção integral à saúde, promovendo a intra e a intersetorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores.

### **3. OBJETIVOS**

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de implantação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde do município de Florianópolis/SC.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever criticamente o processo de implantação das PICs na rede municipal de saúde de Florianópolis/SC;
- Sistematizar um método de implantação das PICs na Atenção Primária à Saúde, tendo como base a análise da experiência de Florianópolis/SC;



## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1. PESQUISA-AÇÃO

O método de pesquisa utilizado neste estudo foi a pesquisa-ação, visando uma análise qualitativa do processo de implantação das PICs no âmbito do município de Florianópolis, uma vez que constitui-se em um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual exige uma estrutura de relação entre pesquisadores e pessoas da situação investigada do tipo participativo, permitindo o aumento do conhecimento ou do “nível de consciência” do grupo envolvido no processo (THIOLLENT, 2009).

Por compreender um movimento circular de compartilhamento, de subjetivação e de participação coletiva, a pesquisa-ação tende a se impor, gradativamente, como um importante método de pesquisa na saúde e em outros setores sociais que intentam provocar transformações por meio da pesquisa e da ação simultaneamente (KOERICH *et al*, 2009). Este método emergiu tanto como ferramenta de inclusão dos sujeitos quanto como possibilidade de transformação das práticas de saúde, sendo considerada uma experimentação em situação real, na qual os pesquisadores intervêm conscientemente e os participantes desempenham um papel ativo. Desta forma, a pesquisa-ação tem por objetivo a resolução de problemas pertinentes em determinados contextos por meio de uma investigação democrática na qual os pesquisadores-profissionais trabalham em conjunto com colaboradores locais na busca e na aprovação de soluções para problemas de grande importância (DEZIN; LINCOLN, 2006).

Além disso, a utilização de tal método promove a gestão participativa e o trabalho em equipe, fomentando a cogestão, a valorização e a inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, com forte respeito aos seus direitos, conforme preconiza a PNH. Como estratégias gerais desta política, na perspectiva da gestão do trabalho, está a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional (BRASIL, 2004; CAMPOS, 2000). Sabe-se que a introdução de métodos participativos resulta na melhora do relacionamento entre organizadores e executores do trabalho, no intuito de aumentar a produtividade e, eventualmente, melhorar alguns aspectos das condições de trabalho

(THIOLLENT, 2009). Portanto, justifica-se a pertinência da escolha deste método já que, na situação investigada, a pesquisa-ação ocupou-se da resolução dos problemas reais relacionados ao processo de implantação das PIC na rede de atenção à saúde do município de Florianópolis, tendo como base fundamental a interação entre o conhecimento profissional, conhecimento local e gestão compartilhada para o desenvolvimento de um processo de pesquisa coprodutivo.

No contexto desta pesquisa, os pesquisadores e os participantes da situação investigada estavam envolvidos de modo cooperativo ou participativo, já que pertenciam à instituição na qual a pesquisa foi desenvolvida. Este processo de coparticipação foi tão importante quanto os resultados obtidos, refletindo em mudanças introduzidas na percepção dos interessados ou, de modo mais difuso, na cultura da instituição. Isso porque durante a pesquisa-ação são geradas idéias que dificilmente encontrariam canais de difusão, relacionadas a constatações de problemas, discussão dos valores e intenções de mudanças ou tentativas de realização, além do surgimento de lideranças locais informais (THIOLLENT, 1997).

Desta forma, para o desenvolvimento integral deste método de pesquisa, foi necessário que o trabalho fosse conduzido por um núcleo de pesquisadores, coordenados por uma pesquisadora principal que, neste caso, é a autora deste trabalho. O núcleo de pesquisadores foram os membros ativos da CPIC, sendo um grupo de caráter multiprofissional e constituído por seis profissionais da secretaria municipal de saúde de Florianópolis (três médicos de saúde da família, duas farmacêuticas e uma enfermeira gestora de um centro de saúde) e, com exceção da coordenadora da pesquisa que trabalhava no nível administrativo da secretaria municipal de saúde, os demais pesquisadores atuavam na APS, possuindo competências pessoais e experiências profissionais no desenvolvimento das PIC em seus locais de trabalho e, portanto, sendo também informantes-chave no processo. Além disso, a CPIC possuía um membro convidado da Universidade Federal de Santa Catarina, com intuito de assessoramento técnico por sua experiência e realização de trabalhos de pesquisa nesta área.

Como característica principal da pesquisa-ação, as atividades do núcleo de pesquisadores foram centradas no “seminário”, técnica que consiste em examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo de investigação e também coordenar atividades com os demais participantes envolvidos no processo (outros profissionais de saúde, gestores, técnicos, usuários, etc). O seminário centralizou todas as informações coletadas, discutiu as interpretações, registrou em atas e

elaborou o planejamento das atividades e as diretrizes de pesquisa e de ação. É recomendado que nos seminários os pesquisadores promovam a maior transparência em relação aos demais participantes como condição da continuidade da pesquisa, de forma que as atas e relatórios sejam concebidos e arquivados de modo adequado a uma fácil consulta por parte de qualquer participante (THIOLENT, 2009).

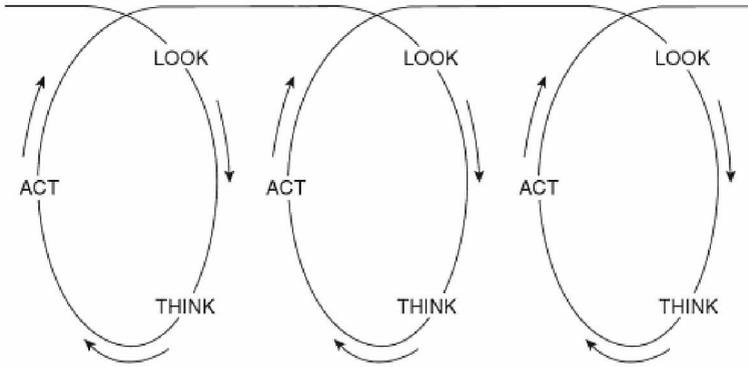
É importante destacar que a pesquisa-ação se trata de um método ou estratégia de pesquisa que agrega outros métodos e técnicas de pesquisa social, conforme a fase do processo de investigação (THIOLENT, 2009). Apesar da pesquisa-ação possuir um caráter participante, pelo fato de promover ampla interação entre pesquisadores e membros representativos da situação investigada, difere da pesquisa participante ao determinar uma ação planejada sobre os problemas detectados. Na pesquisa participante, a simples tomada de consciência dos participantes em relação à situação problema já seria o resultado da pesquisa e, portanto, não envolve ação planejada nem necessidade de objetivação e divulgação de informação ou conhecimento (THIOLENT, 1997).

Por fim, visando cumprir os objetivos propostos pela pesquisa, a escolha do método de pesquisa-ação foi relevante, uma vez que possibilitou o desenvolvimento da cogestão e participação dos envolvidos no processo, como fomentam as atuais políticas públicas em saúde, proporcionando a obtenção de informações sutis e significativas, já que os dados são mais facilmente acessíveis pela ampla inserção do núcleo de pesquisadores no contexto da pesquisa (EDEN; HUXHAM, 2001), promovendo o envolvimento com os membros da instituição pesquisada, em torno da concretização de um interesse comum: implantação das PIC na rede municipal de saúde de Florianópolis

#### 4.2. FASES DA PESQUISA-AÇÃO

Segundo Stringer (2007), a pesquisa-ação não é um tipo de pesquisa com uma ordem rígida pré-estabelecida de passos, mas compreende um processo de pesquisa em que envolve três atividades básicas, interligadas por uma espécie de espiral: observar, para reunir informações e construir um cenário; pensar, para explorar, analisar e interpretar os fatos; e agir, implementando e avaliando as ações (figura 1).

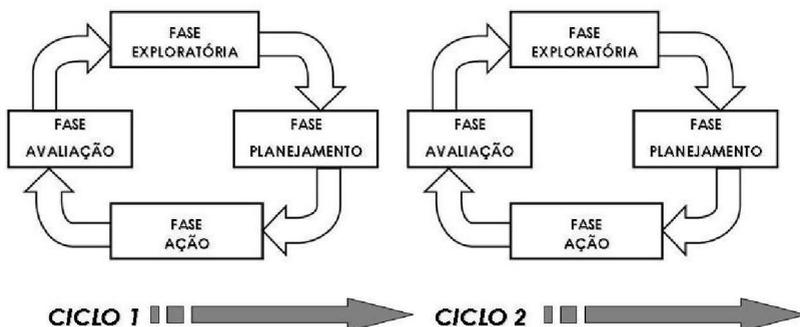
Figura 1 - Espiral de pesquisa-ação



Fonte: Stringer, 2007

Embora a pesquisa-ação não tenha uma forma totalmente predefinida, considera-se que existam, no mínimo, quatro grandes fases, compondo um processo cíclico: fase exploratória; fase principal ou de planejamento; fase de ação; fase de avaliação (THIOLLENT, 1997). A utilização da separação sequencial por fases é didática, porém na prática pode haver, em muitos momentos, simultaneidade entre as fases. Assim, a compreensão por fases facilita a operacionalização da pesquisa uma vez que ao fim de um ciclo, novos ciclos podem ser iniciados, sucessivamente, conforme o andamento da pesquisa-ação (figura 2). Um ciclo é finalizado quando o problema inicial é resolvido, mas sempre que novos problemas surgirem há necessidade de discussão e novos ciclos poderão ser encaminhados. Esta proposição de separação por fases cíclicas foi adotada para cumprimento dos objetivos propostos nesta pesquisa e, ainda que os resultados não sejam apresentados separadamente por ciclos, percebeu-se que ocorreram diversos ciclos, alguns longos outros curtos, no decorrer do período da pesquisa.

Figura 2 - Ciclos de Pesquisa-ação



A **fase exploratória** de uma pesquisa-ação é caracterizada pelo início das atividades e o estabelecimento do diagnóstico da situação atual. Neste momento, deve-se solidificar o núcleo de pesquisadores, que nesta pesquisa foram os membros ativos da CPIC, conforme descrito anteriormente. Este grupo reuniu-se periodicamente em forma de seminário e priorizou a discussão com outros membros da instituição, gestores e profissionais, implicados nos problemas designados como alvos iniciais da pesquisa, sob forma de conversação, entrevistas ou seminários, coletando todas as informações disponíveis sobre a situação, tais como documentação, estudos, relatos, entre outras. Ainda que tenha ocorrido divisão de tarefas entre os membros do núcleo de pesquisadores, todas as decisões foram tomadas coletivas e comentadas, com registro de relatórios e atas (THIOLLENT, 1997). Assim, esta fase consistiu em detectar os principais problemas e eleger os prioritários, para os quais necessitaram maior investigação e aos quais foram aplicadas as ações coletivas.

Finalizada o diagnóstico, inicia-se a fase principal ou **fase de planejamento**, que é marcada pela intensificação das atividades e reuniões de pequenos grupos relacionados a discussão dos problemas prioritizados na fase anterior (GODOI; BANDEIRA-DE-MELO; SILVA, 2006). Os seminários, desenvolvidos e coordenados pelo núcleo de pesquisa-ação, estão entre as atividades fundamentais desta fase para guiar as ações, podendo ampliar para participação de profissionais, gestores, usuários, dependendo do enfoque das discussões. As principais funções dos seminários nesta fase são: definição dos temas e problemas prioritários; elaboração da problemática e as correspondentes diretrizes de pesquisa; coordenação de atividades; centralização de informações provenientes de diversas fontes; interpretação dos resultados; busca de

soluções e propostas de ação; acompanhamento de ações e avaliação de resultados; divulgação de resultados pelos canais apropriados (THIOLLENT, 1997).

Sequencialmente, baseada nas fases anteriores e nas investigações em curso, a **fase de ação** consiste em realizar a difusão dos resultados, a definição de objetivos alcançáveis por meio de ações concretas, a apresentação de propostas que poderão ser negociadas entre as partes interessadas e a implementação de ações-piloto. Desta forma, as principais questões levantadas pela pesquisa foram agrupadas em blocos a serem destacados para elaborar linhas de atuação e propostas de mudança na instituição e aperfeiçoamento que, após pactuação com os atores envolvidos, incluindo profissionais e gestores, serão implantadas, durante um período adequado. Segundo Thiollent (1997) esta fase é essencial pois sem o apoio ou a participação ativa dos gestores, a divulgação dos resultados e a geração de propostas se tornam muito limitadas ou até inexistentes.

Por fim chega-se à quarta fase do ciclo de pesquisa-ação, **fase de avaliação**, que consiste em avaliar as ações implantadas, visando controlar a efetividade das ações no contexto institucional da pesquisa e suas conseqüências a curto e médio prazo e extrair conhecimentos que serão úteis para continuar a experiência e aplicá-la a outras instituições. Segundo Thiollent (1997) alguns aspectos gerais devem ser considerados nesta fase avaliativa: pontos estratégicos (clareza de objetivos, identificação e resolução de problemas e negociação com gestores); capacidade e mobilização (aceitação da iniciativa e engajamento); capacidade de propostas (adequação, relevância e viabilidade das propostas e encaminhamento); continuidade do projeto (planejamento no decorrer do tempo); participação (efetividade na participação dos atores envolvidos); qualidade do trabalho em equipe (habilidade e qualidade nas relações interpessoais); efetividade das atividades de formação (efeito do auto-conhecimento da instituição e capacidade de aprendizagem); conhecimento e informação (relevância das informações, adequação dos instrumentos de pesquisa, consistência dos resultados, qualidade dos documentos de trabalho, possibilidade de publicação, e comparações com outras experiências); comunicação (criação de mecanismos de comunicação, com qualidade e adequação dos canais); atividades de apoio (qualidade e eficácia do processamento de dados e capacidade de obter apoio de especialistas).

### 4.3 DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

A delimitação do campo de observação empírica nesta pesquisa foi a rede de atenção à saúde do município de Florianópolis. Este município, capital do estado de Santa Catarina, possui população de 421.203 habitantes (IBGE, 2010) e o maior território (97,23%) está situado na Ilha de Santa Catarina. Sua economia é baseada nas atividades de comércio, prestação de serviços públicos, indústria de transformação e turismo (FLORIANÓPOLIS, 2007).

A rede de atenção à saúde de Florianópolis, que possui cerca de 2.600 profissionais, adota ESF como modelo de Atenção Primária à Saúde e possui cobertura populacional de 90%. A rede está dividida em cinco Distritos Sanitários, com área de abrangência e geoprocessamento definidos, destacando 112 equipes de saúde da família, distribuídas em 50 Centros de Saúde. Cada Distrito Sanitário possui sua sede gerencial e é responsável pela vigilância e acompanhamento do desempenho da atenção à saúde das equipes de saúde da sua área de abrangência. A estrutura física da rede municipal de saúde de Florianópolis possui, além da sede de administração em nível central e da vigilância em saúde, outras 61 unidades físicas para a prestação de serviços à população: 4 Centros de Atenção Psicossocial; 1 Centro de Especialidades Odontológicas; 50 Centros de Saúde; 2 Unidades de Pronto Atendimento; 4 Policlínicas Municipais, 1 Laboratório Municipal, 1 Centro de Controle de Zoonoses. A partir de 2009, a Atenção Primária à Saúde passou a contar com 7 Núcleos de Apoio a Saúde da Família, distribuídos entre os Distritos Sanitários do município. O anexo 1 apresenta a representação gráfica da Rede de Atenção à Saúde do município de Florianópolis em maio/2011.

A CPIC, da qual os membros ativos compõem a equipe de pesquisa-ação deste projeto, está vincula a diversos setores estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde para garantir a interface institucional de discussão necessária para implantação das ações. O vínculo maior ocorre com a Diretoria de Atenção Primária em Saúde, eixo prioritário de inserção das PICs, mas também destaca-se outros setores: Diretoria de Média Complexidade, para inserção das PICs em unidades de média complexidade (Policlínicas, Unidades de Prontos Atendimento, Centro de Atenção Psicossocial, etc); Gerência de Assistência Farmacêutica, para desenvolvimento de ações em assistência farmacêutica, especialmente relacionadas à homeopatia e fitoterapia; setor SCNES e Informática, para registro dos atendimentos em PICs no sistema informatizado.

#### 4.4 COLETA DE INFORMAÇÕES

Considerando que o núcleo de pesquisa-ação, que compreendem os membros ativos da CPIC, cuja coordenadora é a pesquisadora principal desta pesquisa, já vinham desenvolvendo o trabalho no desenho metodológico da pesquisa-ação desde abril de 2010, foi realizado um levantamento de dados institucionais secundários retrospectivo daquele período até abril de 2012, dando seguimento ao método para o cumprimento dos objetivos da pesquisa.

A principal técnica metodológica da pesquisa-ação foi o seminário, que consistiu em reuniões com o núcleo de pesquisadores e, por vezes, outros atores da situação pesquisada (gestores, profissionais, usuários). A periodicidade mínima para a realização dos seminários de discussão foi quinzenal, com 3 horas de duração, mantendo a perspectiva que a CPIC já vinha adotando. Todos os encontros foram registrados em atas, como já vinha ocorrendo, possibilitando a consulta posterior por qualquer interessado.

É importante destacar que, como o núcleo de pesquisa-ação, que são membros ativos da CPIC, representam informantes-chave do processo, em todas as fases do ciclo de pesquisa-ação foi possível o levantamento de dados por meio de participação direta com o fenômeno observado, recolhendo e discutindo as informações dos atores envolvidos em relação ao contexto estudado. Uma vez coletada as informações pelos pesquisadores, os seminários, técnica específica da pesquisa-ação, passou a ter função primordial para definir relevância destas informações.

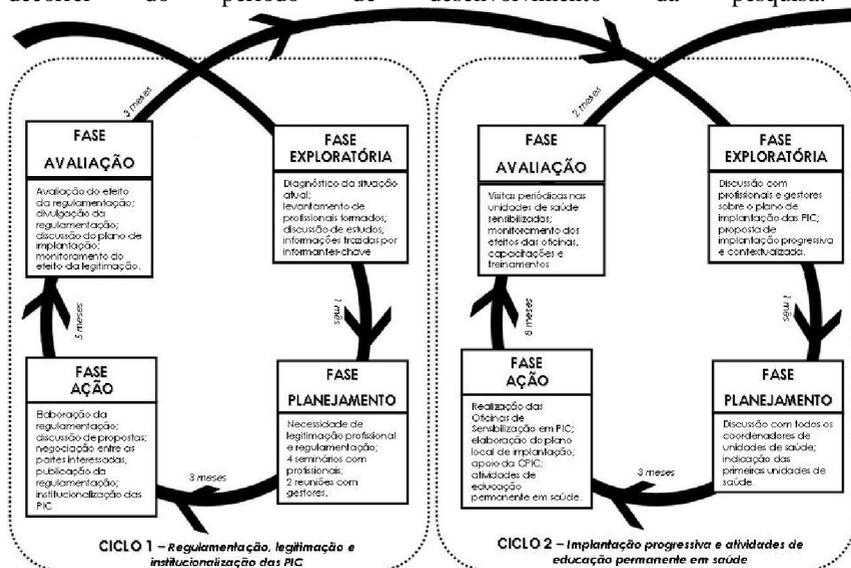
Especialmente na fase exploratória e na fase de planejamento do ciclo de pesquisa-ação, o núcleo de pesquisadores utilizou a pesquisa documental de dados secundários institucionais, tais como atas, relatórios do sistema informatizado de registro de atendimento (InfoSaúde<sup>®</sup>) e outros documentos institucionais, complementados com visitas nos locais de trabalho, contato telefônico, contato via correio eletrônico, além de dados de pesquisa bibliográfica de estudos desenvolvidos no contexto do município de Florianópolis.

Durante toda a pesquisa, a pesquisadora principal, coordenadora do núcleo de pesquisa-ação, utilizou um Diário de Campo com o objetivo de descrever as impressões pessoais observadas durante o processo de pesquisa-ação não oficializadas nas atas e relatórios institucionais, tais como conversas informais, posturas e intercorrências (MINAYO, 2006). Os principais marcos históricos institucionais,

registrados no diário de campo e extraídos de análise documental durante o período da pesquisa-ação, foram compilados no apêndice A.

Apesar da pesquisa-ação possuir um desenho metodológico em ciclos, em que cada ciclo ocorre a resolução, por meio de uma ação coletivamente estabelecida, de determinado problema diagnosticado, os resultados da pesquisa apresentados no próximo capítulo não se detiveram à descrição dos ciclos de pesquisa-ação gerados, uma vez que os resultados extrapolam a simples descrição desses ciclos. Contudo, ao longo do período desta pesquisa-ação, verificou-se a formação de diversos ciclos, alguns curtos que demandaram pouco tempo de discussão para a resolução dos problemas levantados, outros mais longos e com um grande envolvimento dos diversos atores relacionados para a resolução do problema. De forma ilustrativa e a fim de registrar a lógica de desenvolvimento da pesquisa-ação, serão descritos brevemente dois grandes ciclos de pesquisa-ação que ocorreram no período desta pesquisa, representados graficamente pela figura 3, considerados os mais relevantes para a superação dos problemas relacionados à implantação das PIC na rede municipal de saúde de Florianópolis.

Figura 3 - Exemplo de dois grandes ciclos de pesquisa-ação que ocorreram no decorrer do período de desenvolvimento da pesquisa.



O **Ciclo 1** envolveu a regulamentação, legitimação e institucionalização das PIC. A **fase exploratória** deste ciclo teve duração de 1 mês e foi marcada pelo diagnóstico da situação atual, levantamento de profissionais formados com apoio dos distritos sanitários, discussão de estudos anteriores que revelaram o porquê da não atuação dos profissionais formados, discussões e informações trazidas por informantes-chave para melhor compreender os principais problemas vinculados à institucionalização das PIC. A partir deste diagnóstico, iniciou-se a **fase de planejamento**, com duração aproximada de 3 meses, em que as atividades e reuniões de pequenos grupos relacionados a discussão dos problemas priorizados na fase anterior foram intensificadas. Realizaram-se 4 seminários com profissionais e 2 reuniões com gestores, onde definiu-se a necessidade de legitimação profissional por meio de uma regulamentação. Considerando a regulamentação a solução estabelecida para o problema da não legitimação, iniciou-se a **fase de ação**, com duração aproximada de 5 meses, que consistiu em elaborar a regulamentação com base no que já havia sido discutido até o momento e ampliando para mais 1 seminário com profissionais e reuniões com gestores de forma a discutir as propostas e negociar entre as partes interessadas, obtendo, ao final do período, a publicação da regulamentação que institucionaliza as PIC na rede municipal de saúde de Florianópolis. A última fase do ciclo de pesquisa-ação, **fase de avaliação**, apesar de necessitar ações contínuas, pode-se dizer que teve duração de pelo menos 3 meses e consistiu em avaliar o efeito desta regulamentação em relação à legitimação, visando controlar a efetividade das ações no contexto institucional. Para isso organizou-se um amplo seminário de divulgação da regulamentação e discussão do plano de implantação após a regulamentação, além de monitoramento periódico do efeito da legitimação nos locais de trabalho via registro no sistema informatizado de atendimento (InfoSaude<sup>®</sup>).

Como os ciclos da pesquisa-ação são dinâmicos, deste grande ciclo descrito – Ciclo 1- diversos outros pequenos ciclos foram sendo gerados, a partir da necessidade de resolução de problemas que foram sendo levantados, especialmente na fase de planejamento. Como exemplo, destaco alguns problemas/soluções discutidos e que necessitaram encaminhamentos com geração de novos ciclos de pesquisa-ação: fluxo de acesso prioritário na APS; regras para fornecimento de insumos (agulhas de acupuntura); caráter permanente na CPIC; criação de códigos de registro dos atendimentos. Ainda neste ciclo, a fase de avaliação demandou a necessidade de resolução de um novo e prioritário problema, que consistia na implantação das PIC

propriamente dita a partir da institucionalização trazida pelo ciclo 1, gerando mais um amplo ciclo de discussões a seguir descrito.

O **Ciclo 2** envolveu a implantação progressiva e as atividades de educação permanente em saúde. A **Fase exploratória**, deve duração de cerca 1 mês e foi marcada pela discussão com profissionais e gestores sobre o plano de implantação das PIC após a regulamentação no sentido de expansão e dar sustentabilidade e permanência, de forma a superar as dificuldades verificadas em outros municípios aos quais vinculam as iniciativas à vontade do gestor municipal. Como solução foi proposto que a implantação fosse progressiva e contextualizada, considerando as especificidades de cada unidade de saúde, de forma que iniciasse o processo com algumas poucas unidades de saúde e gradativamente ampliasse para mais unidades de saúde conforme as ações estivessem bem consolidadas. A partir disso, iniciou-se a **fase de planejamento**, com duração aproximada de 3 meses, em que a proposta inicial foi discutida com todos os coordenadores de unidades de saúde que indicaram as primeiras unidades de saúde a iniciarem o processo de implantação das PIC. Definidas as unidades de saúde, iniciou-se a **fase de ação**, com duração aproximada de 8 meses, em que consistiu na realização da Oficina de Sensibilização em PIC em cada uma das unidades de saúde indicadas, com a elaboração do plano local de implantação e apoio da CPIC para a execução das ações pactuadas, desde organização do serviço a atividades de educação permanente em saúde, como capacitações, treinamentos e oficinas de educação popular. Por fim, a **fase de avaliação**, que possui um caráter mais permanente, consistiu em avaliar o efeito desta implantação progressiva e das atividades de educação permanente em saúde oferecidas, com visitas periódicas nas unidades de saúde sensibilizadas e monitoramento dos efeitos das novas capacitações através do acompanhamento da evolução dos registros de atendimentos com estas novas práticas no sistema informatizado de atendimento (InfoSaude<sup>®</sup>).

Da mesma forma que no ciclo 1 descrito anteriormente, o ciclo 2 também gerou diversos outros pequenos ciclos, a partir da necessidade de resolução de problemas que foram sendo levantados. Como exemplo, destaco alguns problemas/soluções discutidos e que necessitaram encaminhamentos com geração de novos ciclos de pesquisa-ação: parceria para capacitação em fitoterapia; parceria para capacitação em técnicas da medicina tradicional chinesa; parceria para elaboração de Cartilha de Plantas Medicinais.

Como reflexão deste processo, percebemos que, ainda que tentemos delimitar o período de desenvolvimento da pesquisa-ação para

cumprimento do propósito desta pesquisa, a própria lógica da pesquisa-ação quando bem assimilada pela instituição e pelos profissionais/pesquisadores demandará um processo contínuo e participativo de problematização e geração de ações coletivas com formação de diversos ciclos ao longo do tempo, fomentando a cogestão e a transformação cultural e social da instituição.

#### 4.5 LIMITAÇÕES

Segundo Thiollent (1997), no contexto de instituições burocratizadas, a efetiva aplicação da pesquisa-ação sempre encontrará entraves e limitações, mas é uma proposta suficientemente flexível para ser adotada a uma grande diversidade de circunstâncias. Neste tipo de abordagem metodológica, os maiores desafios estão no campo da comunicação e da abstração dos resultados da pesquisa-ação, de forma que aqueles que não tenham participado do processo apreendam o conhecimento gerado. Outro fator limitante é a dificuldade de comparar resultados por meio de casos e criar generalizações, uma vez que o conhecimento é coproduzido e baseado no contexto local estudado. Entretanto, a pesquisa-ação é uma forma disciplinada de se desenvolver um conhecimento e uma teoria válida ao mesmo tempo em que se promove uma mudança social positiva (DEZIN; LINCOLN, 2006).

Este projeto de pesquisa-ação foi conduzido por um núcleo de pesquisadores, que são os próprios membros da CPIC, tendo a atribuição institucional de implantar as PIC no município, porém sem métodos estabelecidos, gerando certa liberdade e autonomia do grupo na condução da resolução deste problema. Esta situação poderia ser identificada como uma vantagem do estudo, em que a pesquisa se torna menos onerosa e com maior probabilidade de ser consistente com os objetivos do projeto, quando comparada com pesquisas conduzidas por pesquisadores externos à instituição, além de favorecerem a articulação com demais atores envolvidos no processo (profissionais, gestores e usuários). Por outro lado, pode ocorrer certa dificuldade de distanciamento e análise crítica do objeto de estudo, em função do grande envolvimento do grupo com o processo. Cabe informar que a situação da pesquisadora principal, como coordenadora do núcleo de pesquisa-ação e também coordenadora da CPIC, denota uma relativa posição de poder, potencialmente dificultando a livre participação e manifestação dos membros. Entretanto, esta situação foi atenuada pelo constante esforço em manter o diálogo aberto e a auto-crítica por parte da pesquisadora principal (e do seu orientador, exterior à instituição mas

convidado como assessor da CPIC), e entre todos os envolvidos. Além disso, facilitando o processo, os membros da CPIC foram indicados e convidados de forma independente da coordenação (alguns inclusive participantes da discussão sobre PIC anteriores à CPIC), sendo todos servidores municipais efetivos e atuando em serviços sobre os quais a coordenadora não detém poder institucional, além de terem sido voluntários para participação do processo de implantação das PICs.

É importante destacar que, para o desenvolvimento desta pesquisa, dada sua natureza e metodologia da pesquisa-ação, o critério de amostragem de participantes não foi considerado, uma vez que o enfoque foi apreender os significados atribuídos pelos diversos atores envolvidos na temática, considerando estes como agentes fundamentais para efetiva implantação das PIC no SUS e ao mesmo tempo parceiros pesquisadores, caracterizando e analisando o processo de implantação das PIC no município e suas dificuldades e buscando soluções para seus problemas.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Segundo Thillent (1997), a pesquisa-ação torna-se possível e eticamente sustentável quando a iniciativa de pesquisa parte de pessoas que não ocupam posição de poder e quando os atores sociais envolvidos no processo participam em algum momento, com liberdade de expressão, e são continuamente informados durante o processo. Por isso, este tipo de pesquisa é mais facilmente aplicável em instituições públicas que privadas. Neste sentido, destaco que os pesquisadores integrantes desta pesquisa-ação, os quais constituem-se os membros ativos da CPIC, aceitaram livremente o convite para a participação como membros parceiros da pesquisa, tendo esta aceitação e compromisso mútuo sido registrado em ata. Os participantes, assim como demais interessados da Secretaria Municipal de Saúde, serão convidados para uma exposição do resultado final da pesquisa-ação e informados da possibilidade de publicação em periódicos científicos.

Considerando os cuidados éticos em relação aos documentos produzidos na pesquisa, todo o material de pesquisa utilizado, tais como diário de campo, dados processados, relatórios e demais documentos que não de domínio público, foram arquivados sob a responsabilidade da pesquisadora responsável pelo projeto e seu sigilo garantido.

Por fim, a realização desta pesquisa vinculou-se à aprovação prévia da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e,

posteriormente, do Comitê de Ética em Pesquisa sobre Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer consubstanciado de numero 2110/12.

## 5. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados por meio de dois artigos científicos, conforme prevê o regulamento do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, e já formatados nas normas das revistas escolhidas para publicação.

O Artigo 1, intitulado *Implantação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis/SC com base na cogestão e Educação Permanente em Saúde*, será submetido à Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação.

O Artigo 2, intitulado *Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde*, foi submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva, em abril de 2012, em atendimento ao edital de chamada de artigos para o número temático "Acesso aos Serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde" e está sob análise

**5.1 ARTIGO 1 - IMPLANTAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS COM BASE NA COGESTÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

A ser submetido à revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação e apresentado conforme Instrução aos Autores desta Revista (Anexo B).

## **A Implantação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis com base na cogestão e educação permanente em saúde\***

SANTOS; Melissa Costa<sup>1,2</sup>; TESSER; Charles Dalcanale<sup>3</sup>

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil.

2. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis, SC, Brasil

3. Departamento de Saúde Pública. Centro de Ciências de Saúde. UFSC. Florianópolis, SC, Brasil

---

\* Artigo desenvolvido como resultado de uma dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Projeto aprovado Comitê de Ética em Pesquisa sobre Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob parecer consubstanciado de numero 2110/12.

## **Implantação das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis com base na cogestão e educação permanente em saúde**

### **RESUMO**

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares foi publicada com o intuito de ampliar a integralidade da atenção no SUS. No entanto, há escassez de estudos que relatem estratégias para incorporação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) nos serviços de saúde. Utilizando o método de pesquisa-ação, o qual estimula estratégias de ação participativa, e baseando-se em referências de cogestão e educação permanente em saúde, o presente estudo abordou o processo de implantação das PIC no município de Florianópolis. São descritos os marcos principais da fase de institucionalização das PIC, ações pactuadas em oficinas de planejamento e dados referentes a treinamentos oferecidos em acupuntura, auriculoterapia, automassagem e fitoterapia. Ao longo do processo de implantação registrou-se um aumento expressivo da utilização das PIC na atenção primária à saúde, promovendo a ampliação sustentável destas práticas.

Palavras-chave: gestão em saúde, terapias complementares, medicina integrativa, política de saúde

## **Implementation of Integrative and Complementary Practices in Florianópolis' Primary Health Care based on co-management and permanent health education**

### **ABSTRACT**

The National Policy on Integrative and Complementary Practices was published in order to extend comprehensiveness in the Brazilian Public Health System (SUS). However, there are few studies reporting strategies to incorporate Integrative and Complementary Practices (ICP) to the health services. Using the action-research method, which encourages the use of participatory action strategies, and based on co-management and permanent health education principles, this study addressed the ICP implementation process in Florianópolis. This study describes the major landmarks of the ICP's institutionalization, agreed

actions from planning workshops and data related to training programs offered, including acupuncture, auriculotherapy, self-massage and herbal medicine. Throughout the implantation process a significant increase in the use of ICP in primary health care was registered, promoting sustainable expansion of these practices.

Keywords: health management, complementary therapies, integrative medicine, health policy, primary health care

## **Incorporación de las prácticas integrativas y complementares en la atención primaria de la salud en Florianópolis, teniendo como referencia la co-gestión y la educación permanente en salud**

### **RESUMEN**

La Política Nacional de Prácticas integrativas y Complementarias fue elaborada y promulgada con el objetivo de ampliar la atención integral de la salud en el Sistema Único de Salud. Sin embargo, se observan pocos estudios que describan estrategias para la incorporación de las Prácticas Integrativas Complementarias (PIC) en los servicios de salud, Utilizando el método de investigación-acción, que sustenta a las estrategias de acción participativa y en base a las referencias de la co-gestión y la educación permanente en salud, este estudio abordó el proceso de implantación de las PIC en el Municipio de Florianópolis. Así se describe los principales acuerdos de la fase de institucionalización de las acciones del PIC acordadas en la planificación de los talleres y los datos relacionados con la formación que se ofrece en acupuntura, auriculoterapia, la auto-masaje y plantas medicinales. A lo largo del proceso de implementación se produjo un aumento significativo en el uso de las PIC en la atención primaria de salud, promoviendo la expansión sostenible de estas prácticas.

Palabras claves: gestión de la salud, terapias complementarias, medicina integrativa, política de salud, atención primaria de la salud.

## INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC), enquadradas no que a Organização Mundial da Saúde (OMS) denomina de Medicinas Tradicionais e Complementares/Alternativas, têm crescido nas últimas décadas e já existem evidências da sua popularidade entre usuários e profissionais de saúde (Nogales-Gaete, 2004; Hill, 2003; Eastwood, 2000; Luff, 2000; Tovey, 1997). Entre 70% a 95% da população de países em desenvolvimento, especialmente na Ásia, África, América Latina e Oriente Médio, utilizam alguma PIC para manejo de problemas primários de saúde, sendo este fenômeno igualmente significativo em alguns países industrializados, como Canadá, França, Alemanha e Itália (WHO, 2011; Bodeker, 2002; Silenzio, 2002).

Desde a Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, a OMS recomenda a inclusão das PIC nos sistemas públicos de saúde. No Brasil, é evidente a vontade dos representantes dos usuários, nas conferências e nos conselhos de saúde municipais, estaduais e nacional quanto ao oferecimento das PIC pelo SUS, já que suas virtudes intrínsecas são relevantes, seu risco é relativamente baixo e suas potencialidades parecem ser promissoras como uma estratégia desmedicalizante, ainda que limitada (Tesser, Barros, 2008). Em 2006 foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), com diretrizes e ações para a inserção de produtos e serviços relacionados à Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia e Plantas Mediciais/Fitoterapia, bem como observatórios de saúde em Termalismo Social e Medicina Antroposófica (Brasil, 2006). A aprovação da PNPIC evoca uma “política de inclusão terapêutica” aberta a outros saberes e racionalidades, o que pode favorecer a complementaridade em detrimento da exclusão, ampliando a variedade de opções para os cuidados em saúde (Andrade, Da Costa, 2010).

Por outro lado, considera-se um desafio aos gestores públicos a efetiva institucionalização das PIC no SUS, já que diretrizes gerais não são suficientes quando há reduzido número de recursos humanos capacitados, insuficiente financiamento para a maioria das práticas e poucos espaços institucionais para o desenvolvimento de novos serviços (Gonçalves et al, 2008; Sousa, Vieira, 2005). Além disso, existem barreiras substantivas, incluindo fatores econômicos, científicos e organizacionais, que frustram as tentativas de integração das PIC à Biomedicina (Barret et al, 2003). No entanto, há uma clara necessidade de institucionalização das PIC no SUS, para evitarmos o

desenvolvimento de políticas públicas que, conforme Cunha (2005), permitam a pluralidade terapêutica para os “ricos” (fora do SUS), enquanto que aos pobres restará somente o rigor (e os limites) da ciência cartesiana. Reconhece-se a importância do estabelecimento de uma política nacional, porém a PNPIC aponta apenas diretrizes e não define ações necessárias e recursos para efetiva implantação das PIC no âmbito municipal, o que claramente dificulta a consolidação das mesmas na Atenção Primária à Saúde (APS).

Pesquisa realizada em Florianópolis, entre 2008 e 2009, sobre a visão de médicos e enfermeiros (177 profissionais, 94,15% do total) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) quanto às PIC (Thiago, Tesser, 2010), revelou que 81,4% dos profissionais eram favoráveis à PNPIC, sendo que 59,9% demonstraram elevado interesse na utilização de PIC, com desejo de fazer uma capacitação ou formação na área, sendo um importante primeiro passo para a construção sustentável de políticas locais de oferta das PIC no SUS. Neste estudo verificou-se também a existência de diversos profissionais habilitados em alguma PIC, com destaque em acupuntura e homeopatia, porém sem exercê-la por falta de legitimação, incentivo à prática e ausência de um programa municipal (Thiago, Tesser, 2010). Complementarmente, as VI, VII e VIII Conferências Municipais de Saúde apresentaram, em seus relatórios finais, resoluções e moções de apoio à inclusão das PIC na rede de atenção à saúde de Florianópolis. Porém, pode-se dizer que o tema obteve consistência institucional pela primeira vez com a nomeação da Comissão de Práticas Integrativas e Complementares (CPIC), por iniciativa da secretaria municipal de saúde, em março de 2010, em decorrência da necessidade de institucionalização das PIC, motivada por demandas de profissionais e usuários. Neste contexto, o objetivo deste artigo é descrever e analisar o processo de implantação das PIC na APS do município de Florianópolis, de abril de 2010 a abril de 2012, destacando os principais conflitos e soluções desenvolvidas para a superação desses.

## **MÉTODO**

Considerando a dinamicidade que envolve a implantação das PIC e a necessidade de superação das barreiras substantivas relacionadas, optou-se pela escolha do método da pesquisa-ação para uma análise qualitativa da inserção das PIC na APS do município de Florianópolis. Tal método constitui-se em um tipo de pesquisa social com base empírica, concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou

resolução de um problema coletivo e no qual exige uma estrutura de relação entre pesquisadores e pessoas da situação investigada do tipo participativo, permitindo o aumento do conhecimento ou do “nível de consciência” do grupo envolvido no processo (Thiollent, 2009). Na situação investigada, a pesquisa-ação ocupou-se da resolução dos problemas relacionados ao processo de implantação das PIC, possibilitando o desenvolvimento da cogestão e participação dos envolvidos no processo, como fomentam as atuais políticas públicas em saúde, trazendo à tona informações sutis e significativas, já que os dados são mais facilmente acessíveis pela ampla inserção dos pesquisadores no contexto da pesquisa (Eden, Huxham, 2001), em torno da concretização de um interesse comum que é a implantação das PIC na APS de Florianópolis.

A pesquisa foi conduzida por um núcleo de pesquisadores, como orienta a pesquisa-ação, formado pelos membros ativos da CPIC e que incluía os autores deste artigo. Assim, os pesquisadores e os participantes da situação estavam envolvidos de modo cooperativo ou participativo, já que pertenciam à instituição na qual a pesquisa foi desenvolvida (à exceção de um convidado externo para assessoria). Este processo de coparticipação foi tão importante quanto os resultados obtidos, refletindo em mudanças introduzidas na percepção dos interessados ou, de modo mais difuso, na cultura da instituição, já que durante a pesquisa-ação são geradas idéias que dificilmente encontrariam canais de difusão em outros espaços (Thiollent, 1997).

Como característica principal da pesquisa-ação, as atividades do núcleo de pesquisadores foram centradas no “seminário”, técnica que consiste em examinar, discutir e tomar decisões acerca do processo de investigação, identificando problemas e prioridades, planejando e realizando ações e avaliações das mesmas, e também coordenar atividades com os demais participantes envolvidos no processo (outros profissionais de saúde, gestores, técnicos, usuários, etc). Este processo de priorização e resolução de problemas trabalhados nos seminários ocorrem na lógica dos ciclos de pesquisa-ação, compostos de quatro grandes fases: fase exploratória; fase principal ou de planejamento; fase de ação; fase de avaliação (Thiollent, 1997). A partir da experiência vivida, registrada e refletida (diário de campo), dos dados gerados pelos trabalhos da CPIC (atas, relatórios e documentos institucionais) realizou-se uma análise crítica retrospectiva e sintética do processo de implantação das PIC na rede municipal de saúde de Florianópolis, compreendendo um período de 2 anos (abril/2010 a abril/2012).

Apesar da pesquisa-ação possuir um desenho metodológico em ciclos, em que cada ciclo ocorre a resolução, por meio de uma ação coletivamente estabelecida, de determinado problema diagnosticado, os resultados aqui apresentados não se deterão à descrição dos ciclos de pesquisa-ação gerados, uma vez que extrapolam esta simples descrição. De forma ilustrativa e a fim de registrar a lógica de desenvolvimento da pesquisa-ação, verificou-se a ocorrência de dois grandes ciclos de pesquisa-ação no período investigado, representados graficamente pela figura 1, considerados os mais relevantes para a superação dos problemas relacionados à implantação das PIC em Florianópolis. O Ciclo 1 envolveu a regulamentação, legitimação e institucionalização das PIC, entremeadado por ciclos menores, gerados a partir da necessidade de resolução de problemas que foram sendo levantados, tais como: fluxo de acesso prioritário na APS; regras para fornecimento de agulhas de acupuntura; caráter permanente na CPIC; criação de códigos de registro dos atendimentos. Na fase final, de avaliação, demandou a necessidade de resolução de um novo e prioritário problema, que consistia na implantação das PIC propriamente dita, a partir da institucionalização trazida pelo ciclo 1, gerando mais um amplo ciclo de discussões. Este novo ciclo, ciclo 2, envolveu discussões para a implantação progressiva e as atividades de educação permanente em saúde, no sentido de expansão das PIC e dar sustentabilidade e permanência, de forma a superar as dificuldades verificadas em outros municípios aos quais vinculam as iniciativas à vontade do gestor municipal. A partir da análise dos dados gerados pela pesquisa-ação, especialmente estes dois grandes ciclos gerados, e baseado nos referências teóricos de cogestão de Campos (1998, 2000, 2003) e de Educação Permanente em Saúde de Ceccim (2005a, 2005b), que apoiaram a institucionalização e implantação progressiva das PIC, o processo de implantação das PIC é apresentado, analisado e discutidos a seguir.

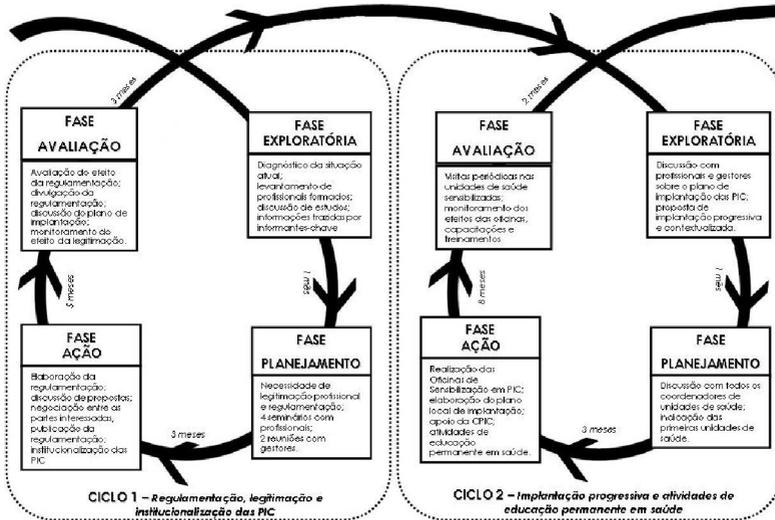


Figura 1: Exemplo de dois grandes ciclos de pesquisa-ação que ocorreram no decorrer do período de desenvolvimento da pesquisa.

## COGESTÃO NA INSERÇÃO DAS PIC NA APS

Desde os anos setenta observa-se no Brasil um movimento de democratização dos serviços públicos de saúde, sendo a utilização da cogestão vista em várias experiências de implantação do SUS. A descentralização de poder para os municípios e a instalação de Conselhos e Conferências de Saúde estão entre os principais dispositivos do SUS para alterar o funcionamento burocrático do Estado (Campos, 1998), mas ainda insuficientes para o desenvolvimento de um sistema de gestão que assegure a produção qualificada de saúde e a realização de seus trabalhadores (Campos, 2000; Campos, 1998). Muito se fala na necessidade do planejamento ascendente, com envolvimento de profissionais e usuários, porém ainda distante da prática diária. Portanto, é um grande desafio do SUS assegurar o cumprimento de seus objetivos primários (produzir saúde) e ao mesmo tempo estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de cogestão e de realização profissional e pessoal (Campos, 1998).

Tomando como base de reflexão as propostas de cogestão apresentadas por Campos (2000; 1998) e o fomento das atuais políticas públicas do SUS, tal como a Política Nacional de Humanização, considera-se importante que o processo de implantação das PIC nos

serviços públicos de saúde, conduzido pela CPIC em Florianópolis, siga esta linha norteadora para o seu desenvolvimento integral, a fim de superar coletivamente as dificuldades que se apresentarem, definindo estratégias de ação participativamente.

### **Institucionalização das PIC: marcos principais e pontos críticos**

Florianópolis, com população de 421.203 habitantes, adota a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de APS e possui cobertura populacional de 90%. A rede está dividida em cinco Distritos Sanitários, com área de abrangência e geoprocessamento definidos, destacando 112 equipes de saúde da família, distribuídas em 50 Centros de Saúde, além de 7 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), que poderiam incluir o médico acupunturista e homeopata, mas o município optou por não os incluir nestes espaços, priorizando fortemente a inserção das PIC na APS. Apesar de haver previamente dois médicos acupunturistas e um homeopata nas Policlínicas Municipais, atuando como referência à APS, não existia, anteriormente ao período de análise desta pesquisa, apoio institucional às PIC. Em março de 2010, em decorrência da necessidade de institucionalização das PIC, estimulada por discussões iniciadas cerca de um ano antes, por um grupo de profissionais que se reuniam informalmente, interessados em articular a implantação das PIC no município, o grupo foi reformulado, permanecendo alguns integrantes e novos foram incorporados, determinando um grupo de caráter multiprofissional e de expertises variadas em PIC, o qual foi nomeado pelo secretário de saúde para compor a CPIC, sem acúmulo de vantagens por isso. Foram nomeados 11 membros, mas logo no início alguns não puderam permanecer por diversas razões, restando 6 membros da composição original e mais 1 foi incorporado.

As reuniões da CPIC tiveram duração média de 3 horas e com periodicidade quinzenal em praticamente todo o período analisado, a exceção de ocasiões em que outras atividades de sensibilização ou educativas aconteciam no mesmo período. As primeiras reuniões tiveram caráter de solidificar e homogeneizar o grupo, com discussão da PNPIC, de estudos e pesquisas já desenvolvidos em Florianópolis, de experiências de outros municípios e apresentação das experiências individuais em seus locais de trabalho. Ainda neste momento, mapeou-se, com auxílio dos Distritos Sanitários (DS), os profissionais formados em alguma PIC, independente de estarem exercendo suas habilidades na

prática profissional. Mantendo a lógica da cogestão e da própria pesquisa-ação, criou-se espaços de discussão para implantação das PIC com os gestores locais e organizou-se seminários temáticos em que os profissionais mapeados foram convidados a participar a fim de problematizar a implantação das PIC sob as suas óticas.

Foram 4 seminários temáticos (práticas individuais/acupuntura; práticas coletivas; homeopatia; fitoterapia/plantas medicinais) envolvendo cerca de 60 profissionais no total. O objetivo dos seminários foi problematizar a atuação das PIC na prática profissional, discutindo o porquê não atuavam, quais as necessidades para sua atuação, qual estrutura mínima, organização das consultas/atendimentos, fatores favoráveis e limitantes da prática, pactuações com a equipe, entre outros tópicos. Nestas discussões, também foram trazidas as propostas anteriormente discutidas com os gestores como a possibilidade de colaboração horizontal daqueles profissionais formados, atendimento como ferramenta terapêutica em sua área de abrangência e um turno por semana como referência localregional, desde que não deixassem de cumprir suas atribuições e responsabilidades da ESF. O quadro 1 apresenta um compilado das diversas discussões levantadas nos 4 seminários temáticos de profissionais. Curiosamente, os profissionais formados em PIC e atuantes na ESF não aprovaram a proposta da gestão de atuarem como referência localregional, preferindo manter a qualidade de seus atendimentos, ampliando a oferta das PIC apenas para a sua área de abrangência e, eventualmente, outras áreas de seu mesmo centro de saúde, necessitando, para isso, apoio institucional.

QUADRO 1: Principais aspectos discutidos em cada um dos seminários temáticos desenvolvidos com os profissionais da rede municipal de saúde de Florianópolis/SC

	Principais pontos negativos relatados	Principais pontos positivos relatados	Soluções apontadas
SEMINÁRIO TEMÁTICO 1: ACUPUNTURA E OUTRAS PRÁTICAS INDIVIDUAIS (auriculoterapia, reiki, massoterapia, etc) (Ata dia 10/06/2010)	Falta apoio institucional; Não fornecimento das agulhas de acupuntura e outros materiais de apoio; Sem espaço e macas adequadas para sessões de acupuntura; Falta de legitimação profissional.	A existência de duas referências secundárias para a APS para encaminhamento de pacientes; Aceitabilidade e da técnica	Legitimação/regulamentação; Apoio institucional; Organizar agenda com reserva de turno quando houver consultório livre (ex: dia de visita domiciliar do colega) Fomentar cursos e ampliar uso de acupuntura para outros profissionais e

		pelos usuários;	unidades de saúde; Integrar às atividades da ESF.
SEMINÁRIO TEMÁTICO 2: PRÁTICAS COLETIVAS (yoga, terapia comunitária, biodança, etc) (Ata dia 27/05/2010)	Resistência por parte dos colegas e coordenação; Falta de Recursos humanos para as atividades básicas de atenção; Falta de local adequado; Falta de apoio institucional e formação continuada.	Grande procura e aceitação dos usuários.	Legitimação/regulamentação ; Apoio institucional à educação permanente e continuada
SEMINÁRIO TEMÁTICO 3: FITOTERAPIA/ PLANTAS MEDICINAIS (Ata dia 11/06/2010)	Desvalorização do saber popular e ignorância de profissionais de saúde.	Inserção na prática profissional diária, sem necessidade de reorganizar o serviço.	Discussões no contexto local, com envolvimento dos ACS e comunidade; Atividades de sensibilização e capacitação de profissionais.  Criar referência secundária em homeopatia Qdo profissional atuar na APS, poder organizar o processo de trabalho, de forma a reservar 1 ou 2 turnos para a PIC e atender somente sua unidade de saúde (não ser referência local ou colaboração horizontal) Desenvolver registro na APS para validar a prática Fornecer medicamentos homeopáticos
SEMINÁRIO TEMÁTICO 4: HOMEOPATIA E ANTROPOSOFIA (Ata dia 28/05/2010)	Necessidade de um tempo de consulta superior ao praticado na Atenção Primária; Não disponibilidade de medicamentos.	Oferta informal de homeopatia no município desde 1998	

Tendo em vista a unânime necessidade de legitimação profissional apontada, principal problema levantado nos seminários, a CPIC baseou-se nas discussões com os gestores e, principalmente, nos seminários temáticos com os profissionais para organizar um documento inicial que normatizasse a inserção das PIC, em consonância com as diretrizes da PNPIC, em relação a fluxos de acesso dos usuários, estruturação dos serviços, registros de atendimentos e procedimentos, etc. A primeira versão foi apresentada aos coordenadores de DS e de unidades de saúde, que mantiveram uma certa resistência, julgando que

a institucionalização das PIC geraria novas demandas que sobrecarregariam o serviço e também forneceria acesso desigual aos usuários, mas que isso poderia ser amenizado com a oferta de capacitação aos interessados, expandindo a oferta de PIC. A CPIC reforçou a concepção de que não estaria criando um novo serviço, mas ampliando os recursos terapêuticos dos profissionais, tal como propõe Cunha (2005), ou seja, proporcionando mais um recurso para o profissional generalista, que irá eleger o recurso terapêutico mais adequado, dependendo não somente da sua vontade, mas também da vontade e do momento do paciente, podendo, inclusive, associar terapêuticas. Outra exigência dos gestores, registrada na ata do dia 14/07/2010, foi a necessidade de que os coordenadores de DS fossem notificados sempre que algum profissional passasse a incluir alguma PIC em sua prática profissional e que todo o profissional que assim fizesse, mantivesse suas demais atividades, atribuições e responsabilidades de seu cargo ou função, principalmente relacionadas à ESF.

Ao reestruturar o documento, um amplo convite aos profissionais de saúde foi feito a fim de discutir os pontos levantados pelos gestores e, ainda que nem todos apontassem o documento como o ideal, foi considerado um grande avanço, e, por isso, foi aprovado. Com esta nova versão, cada membro da CPIC ficou responsável em discutir com os coordenadores do DS e com os profissionais de saúde de sua categoria a fim de obter aprovação em todos os âmbitos. Após retorno de todas as discussões, em 01/09/2010 a versão final do documento foi apresentada ao secretário de saúde, que aprovou e solicitou que fosse revisado pelos diretores da APS e da média complexidade, que optaram por excluir a normatização da referência especializada nas policlínicas (atenção secundária), de forma a focar a própria APS. Após um longo período de revisão na assessoria jurídica, em 29/12/2010 foi publicada no Diário Oficial do Município a Portaria 047/2010 que institucionalizou as PIC na rede municipal de saúde, implantando normas gerais para o desenvolvimento das ações na área, através da Instrução Normativa 004/2010, anexa a essa Portaria, em consonância com a PNPIC e resultante de uma ampla discussão coletiva, mas que manteve inalterados, por omissão, os fluxos de referências para homeopatia e acupuntura para as policlínicas, já existentes.

Alguns limites do processo foram notados, estabelecidos por decisões de atores importantes. Um deles foi o fato do nível central optar pela exclusão, na normatização municipal das PIC, da atenção secundária (referências especializadas das policlínicas - embora seus

profissionais tenham participado das atividades realizadas) e dos NASFs, espaços potenciais de contribuição ao processo, tanto no cuidado como em matriciamentos e educação permanente. Outro fator limitante foi a dificuldade de viabilizar a compra de insumos, principalmente agulhas de acupuntura, que geraria maior velocidade na operacionalização da técnica, justificado pela ausência de financiamento federal ou estadual para inserção das PIC na APS e que demandaria investimento municipal.

Ainda que a gestão participativa tenha tido limitações, com claras objeções de gestores em alguns momentos do processo, o compartilhamento na gestão dos problemas e a escuta aos profissionais de saúde sobre suas vivências, dificuldades e conflitos na inserção das PIC foi importante para a valorização e empoderamento profissional em seus locais de trabalho, reforçando o sentido de “pertencer” ao processo e fortalecendo a rede como um todo. Isso reflete em vantagens potenciais como melhoria do grau de envolvimento e de compromisso dos trabalhadores com a instituição, criação de um sistema de informação e de educação continuada (espaços formais de troca de saberes), além da melhoria sensível das relações interpessoais (Campos, 1998).

### **Implantação progressiva das PIC: desenvolvimento local e contextualizado**

Conforme os encaminhamentos para a institucionalização das PIC iam ocorrendo, outras ações foram sendo realizadas paralelamente. O setor responsável pelo Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde foi contatado para que fossem organizadas as formas de registro das PIC no sistema informatizado a fim garantir que os dados das ações em PIC não fossem perdidos e possibilitasse a geração de relatórios gerenciais tão logo as PIC fossem institucionalizadas, utilizando-se para isso os códigos fornecidos pelo Ministério da Saúde ou criando códigos municipais próprios quando aqueles não existissem.

Com a publicação da Instrução Normativa, foi organizado um grande encontro em que foram convidados gestores, profissionais, conselho municipal e conselhos locais de saúde com intuito apresentar a publicação, conhecer os novos fluxos institucionalizados e compartilhar o resultado parcial das discussões coletivas iniciadas meses antes, de forma que todos se sentissem parte e comprometidos com o processo. No encontro, que ocorreu em fevereiro de 2011, oficializou-se o início da implantação das PIC e problematizou-se como se daria a implantação

propriamente dita após regulamentação. A sugestão levantada pela CPIC era iniciar a implantação em alguns centros de saúde, 1 ou 2 por DS, desenvolvendo localmente um plano de implantação por meio de uma sensibilização com os funcionários e, a partir disso, dando suporte na organização dos serviços, promovendo atividades de educação permanente para os profissionais e comunidade e outras ações necessárias à sustentabilidade das PIC naquela unidade de saúde. Assim que as PIC estivessem bem consolidadas naquelas unidades de saúde, poderia-se ampliar a proposta para novas unidades. Tal proposta de expansão e fortalecimento foi aceita pelos presentes no encontro e, como houve pouca representatividade dos gestores, a CPIC decidiu apresentar a proposta na reunião mensal de cada DS, com a presença dos coordenadores das unidades de saúde. Neste espaço, as reações foram as mais diversas, desde a grande aceitação no sentido de que iria trazer algo novo que modificasse e estimulasse o serviço, até a reprovação por este “novo” ser impossível em um momento de escassez de recursos humanos. Como resultado, dois distritos sanitários não indicaram unidades para iniciar o processo de implantação das PIC, alegando impossibilidade naquele momento, dois indicaram apenas uma unidade de saúde e outro indicou quatro unidades de saúde. Portanto, a implantação das PIC iniciou-se oficialmente com 6 unidades de saúde, sendo 5 centros de saúde da ESF e 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.

Considerando que a solução definida para a implantação sustentável das PIC após regulamentação era a descentralização das ações, a CPIC desenvolveu a “Oficina de Sensibilização em PIC” em cada uma das seis unidades de saúde indicadas, de julho a setembro de 2011, com objetivo de estabelecer um Plano Local de Implantação das PIC (PLI-PIC), na lógica de que o processo de implantação não fosse padrão para todas as unidades, mas que fosse contextualizado, considerando as peculiaridades e a diversidade de atores sociais envolvidos, inseridos naquela realidade, promovendo o planejamento ascendente, que ainda é um procedimento distante da prática diária (CAMPOS; 1998). Com a oficina, pretendia-se sensibilizar todos os trabalhadores da unidade de saúde sobre o tema, utilizando referenciais da educação crítico-reflexiva e dinâmica que fomentava a discussão no contexto da realidade local, para, por fim, pactuar ações relacionadas às PIC a serem desenvolvidas naquela unidade, estabelecendo, assim um PLI-PIC específico para cada unidade de saúde (Santos, Tesser, 2012).

O tempo previsto para a realização da oficina foi de 4 horas, e, na maior parte dos casos, foi agendada para o dia da reunião mensal

evitando mais um período de fechamento da unidade. Estimulou-se a participação de todos os trabalhadores da unidade, a fim de caracterizar-se uma pactuação de ações do grupo e não apenas ações individuais, como talvez já ocorressem. Sempre dois membros da CPIC conduziram a dinâmica das oficinas e, inicialmente, fazia-se uma breve contextualização do tema, seguindo da separação em pequenos grupos para leitura crítica de textos de experiências de sucesso na implantação de PIC em outros municípios. A experiência estudada era após socializada com o grande grupo, de forma a compartilhar as reflexões e trazer elementos para discussão no contexto daquela unidade de saúde. Na sequência, alguns participantes improvisavam uma dramatização sobre uma situação do cotidiano da unidade envolvendo as PIC, para que o grupo pudesse refletir acerca das situações possíveis de serem vivenciadas e verificando a habilidade e empatia dos profissionais em lidar com o tema, considerando o contexto sócio-cultural apresentado. Após intervalo, os pequenos grupos voltavam a se reunir para propor ações locais que ao final deveriam ser aprovadas pelo grande grupo. Como resultado da oficina, um PLI-PIC era produzido, a partir de discussões que oportunizaram a reflexão com base nas situações já vivenciadas ali, nas experiências de outras localidades e nas vivências individuais, contendo: ações pactuadas, que a unidade se julga-se capaz de implantar; líderes de cada ação, que serão o contato com o CPIC e estimularão o restante da equipe no cumprimento da ação; bem como os indicadores e metas para monitoramento e outras atividades relacionadas.

Duas das unidades de saúde eram de grande porte e tiveram mais de 50 participantes na Oficina de Sensibilização em PIC, nas demais a participação variou de 10 a 20 pessoas. O PLI-PIC de cada unidade sensibilizada conteve entre 3 a 9 ações pactuadas, que não necessariamente estavam vinculadas à presença de algum profissional na unidade de saúde que fosse capacitado naquela PIC, mas relacionadas ao interesse e condições dos funcionários daquela unidade em oferecer esta PIC. O gráfico 1 mostra a frequência de PIC presentes nas ações pactuadas dos PLI-PIC, destacando-se que, nas 6 unidades de saúde trabalhadas, pactuaram-se ações relacionadas à fitoterapia e, em pelo menos 5, alguma ação relacionada à medicina tradicional chinesa, como acupuntura, auriculoterapia e automassagem/do-in. Estes dados foram a base de planejamento das atividades de educação permanente da CPIC descritas posteriormente.

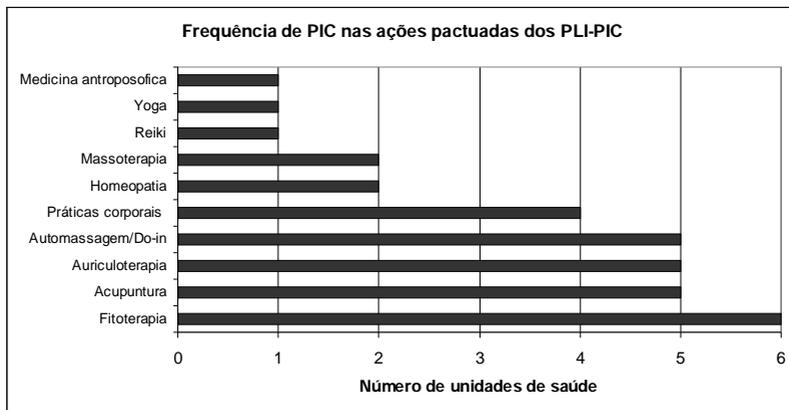


GRAFICO 1: Frequência de PIC nas ações pactuadas dos PLI-PIC (PIC: práticas Integrativas e Complementares; PLI: Plano Local de Implantação).

Pode-se dizer que nas unidades de saúde trabalhadas a receptividade foi bastante grande, talvez por terem sido indicadas por desejo próprio e não por imposição da gestão, como normalmente ocorre com outros programas e projetos. Desde o desenvolvimento do PLI-PIC até o período final de análise deste artigo (abril/2012) transcorreram-se 8 meses, sendo possível realizar uma sucinta avaliação relacionada ao cumprimento das ações pactuadas descritas em cada PLI-PIC, por meio do registro de atendimentos realizado no sistema informatizado. Das seis unidades de saúde, uma cumpriu 100% das ações pactuadas, duas cumpriram 80%, duas cumpriram 60% e uma delas executou apenas 22%, sendo esta a unidade de saúde que pactuou o maior número de ações e, talvez por isso, teve dificuldade em executá-las.

A proposta de implantação progressiva prevê que em agosto de 2012 novas unidades de saúde possam realizar a sensibilização em PIC e elaborar o seu PLI-PIC para que a CPIC forneça o apoio na implantação e, assim, ano a ano amplia-se o número de unidades de forma a, em alguns anos, expandir-se para todas as unidades de APS do município. Porém, independente da realização deste processo guiado, percebe-se que a institucionalização das PIC motivou inúmeros profissionais de saúde a aplicarem na prática seus conhecimentos, organizando seus processos de trabalho para assim fazerem. O que se percebe é que a mera legitimação profissional já contribui para a expansão das PIC na APS, uma vez que o reconhecimento, valorização, diálogo e empoderamento desses profissionais estimula que pratiquem o que sabem em termos de PIC, mas também que passem a contribuir com sua

expertise na sensibilização aos demais colegas e gestores da rede municipal. Resultado disso é que, desde a institucionalização, progressivamente ampliou-se o número de unidades de saúde de atenção primária ofertando alguma PIC, com destaque à acupuntura, mostrada no gráfico 2, que, com a legitimação profissional e outras atividades de educação permanente que serão descritas a seguir, houve ampliação das unidades de APS ofertando a técnica, atingindo, ao final do período estudado, 18 unidades de saúde, o que corresponde a 36% das unidades de saúde de APS do município.

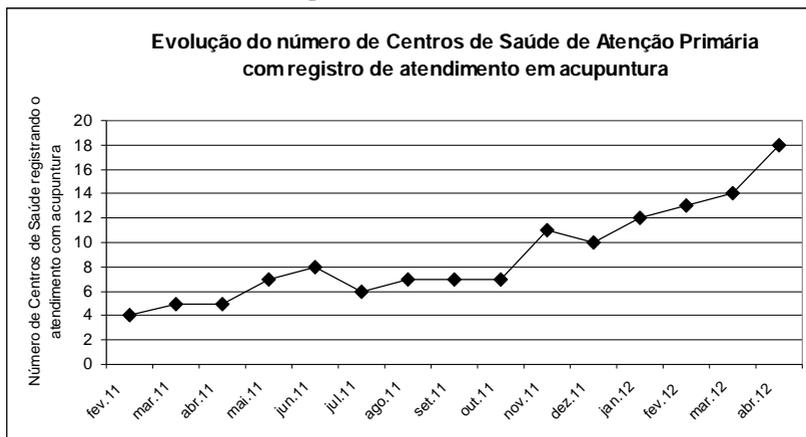


GRAFICO 2: Evolução do número de Centros de Saúde de Atenção Primária com registro de atendimento em acupuntura.

## **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA SUSTENTABILIDADE DAS PIC**

Não raro observamos novos programas ou propostas de ação nos serviços públicos que não são estruturadas de forma a garantir a permanência ou vinculam-se apenas à vontade do gestor municipal e, em pouco tempo, esbarram em dificuldades e perdem a adesão dos envolvidos. Baseada nestas constatações, a CPIC discutiu estratégias para dar sustentabilidade às PIC que deveriam considerar, além dos aspectos da cogestão, também a Educação Permanente em Saúde (EPS), correspondendo aos processos educativos relacionados à educação em serviço, educação continuada, educação formal de profissionais e, até mesmo, educação popular (Ceccim, 2005a), constituindo estratégia fundamental às transformações do trabalho na saúde com atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente

competente (Ceccim, 2005b). Desta forma, a reflexão sobre a inserção das PIC deve ser ampla e contextualizada, parecendo compatível com a dinâmica dos serviços da APS, principalmente com clientela adscrita e seguimento de longo prazo, podendo contribuir, inclusive, para a ampliação da clínica, já que um conjunto de sintomas “inexplicáveis” para a Biomedicina, que não se encaixa nas classificações diagnósticas e explicações fisiopatológicas, pode ter, para o modelo explicativo da Medicina Tradicional Chinesa ou Homeopatia, por exemplo, um diagnóstico óbvio, possibilitando uma conduta eficaz (CUNHA, 2005). Esta integração caminhará em direção à maior qualidade do SUS, facilitando a construção da clínica ampliada, ainda que sejam necessárias adaptações para a realidade das unidades básicas do SUS de forma a, mesmo não garantindo uma eficácia plena da racionalidade, utilizar-se de técnicas muitas vezes de efeito mais rápido e bem menos iatrogênico do que a proposta similar da Biomedicina (CUNHA, 2005).

Por isso, refletir sobre a EPS relacionada às PIC é necessário, a fim de suprir a deficiência de formação existente na graduação dos profissionais de saúde sobre as PIC, e que refletem os modelos essencialmente conservadores, centrados em saberes e tecnologias biomédicas dependentes de procedimentos e equipamentos diagnósticos e terapêuticos (Feurwerker, 2002). Conforme Ceccim e Feurwerker (2004), a formação para a área da saúde deveria estruturar-se na problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações, de forma que a educação dos profissionais de saúde seja vista como ação finalística da política de saúde e não atividade-meio para o desenvolvimento da qualidade do trabalho (Ceccim, 2005b)

A EPS relacionada às PIC deve ser contextualizada, tendo como base o PLI- PIC desenvolvido em cada uma das unidades de saúde, refletindo os desejos e necessidades dos trabalhadores, fundamentando-se na concepção de educação como espaço de problematização, reflexão e diálogo, com porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde e a geração de auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, pensamento e experimentação (Ceccim, 2005a). EPS em PIC é ainda mais complexa e, ao mesmo tempo, relevante, já que a presença de saberes tradicionais das culturas e ou a produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida pertencem a lógicas em grande parte distintas do modelo científico hegemônico vigente (Ceccim, 2005a) e, por isso, talvez sejam necessárias parcerias institucionais, que devem ser

providenciadas e apoiadas pelo SUS, para que a EPS constitua espaços de planejamento, gestão e mediação (Ceccim e Feurwerker, 2004).

Mantendo a lógica da EPS, cada unidade de saúde sensibilizada escolheu um membro da CPIC para ser o tutor daquela unidade, ou seja, aquele que desenvolveria a noção de apoio proposta por Campos (2003), com objetivo de fomentar a realização e execução do PLI-PIC, com permanência e sustentabilidade das PIC. A idéia era que o tutor realizasse a primeira visita após 1 mês da realização da oficina, passando posteriormente para a cada três meses, para discutir as formas de apoio na execução das ações e possibilidades de EPS, para que as PIC façam sentido na realidade do serviço e operem processos significativos nela, rompendo com a tradicional vinculação de políticas ou programas específicos à uma linha de capacitações ou prescrições de trabalho aos profissionais, sem oportunidade de assessoramento (Ceccim, 2005a). Ainda que nenhuma unidade de saúde sensibilizada tenha ficado desassistida, em todos os casos percebeu-se que a tutoria ocorreu como o previsto apenas até a segunda visita ou contato do tutor, passando a ser centralizada posteriormente na coordenadora na CPIC, possivelmente por esta possuir mais horas semanais de dedicação às PIC e trabalhar no nível central, o que facilita o contato constante com as unidades, diferente dos demais tutores/ membros da CPIC que trabalhavam na assistência, na própria ESF.

Baseado nos PLI-PIC das unidades de saúde sensibilizadas, a CPIC elaborou uma relação de atividades de EPS, desde capacitações formais até oficinas de educação popular, no intuito do desenvolvimento profissional gerar atores comprometidos com o objeto e a sua transformação, e não profissionais mais ilustrados sobre o tema objeto das capacitações (Ceccim, 2005b). Para isso, buscou-se a valorização das potencialidades já existentes na rede municipal de saúde, de forma que aqueles profissionais interessados pudessem ser facilitadores, e também parcerias com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sendo estas estratégias também uma tentativa de superação da deficiência de financiamento específico, até aquele momento, para a implantação das PIC. Como em todas as unidades de saúde sensibilizadas houveram pactuações de ações relacionadas à fitoterapia e à medicina tradicional chinesa, o rol de atividades de EPS proposto pela CPIC destacou estas áreas. A seguir, descreveremos separadamente cada uma delas e os resultados preliminares alcançados.

### **EPS em Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura: resultados preliminares**

Parte do processo de implantação das PIC em Florianópolis envolveu atividades de apoio à EPS em técnicas da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura (MTC/A), baseadas nas demandas das unidades de saúde sensibilizadas e seus PLI-PIC, que em grande parte das unidades continha acupuntura, auriculoterapia ou automassagem/doin, como mostrou o gráfico 1. Primeiramente, verificou-se que havia disposição dos médicos das equipes em incorporar a Acupuntura no cuidado de saúde dos usuários e, complementarmente, um estudo conduzido em Florianópolis demonstrou que, entre as modalidades de PIC, a Acupuntura era a que possuía maior frequência de encaminhamentos realizados pelos médicos das equipes e estes manifestaram interesse em fazer uma capacitação ou uma formação na área (Thiago, Tesser, 2011).

Assim, a CPIC, em colaboração com a UFSC e Residência Médica em Acupuntura do Hospital Universitário, ofereceu a vinte médicos da secretaria municipal de saúde, especialmente aos interessados das 6 unidades de saúde sensibilizadas, um treinamento em técnicas em Acupuntura com enfoque nas demandas da APS. O programa de treinamento, com o total de 72 horas, consistiu em 8 aulas teóricas (32 horas) e 10 aulas práticas (40 horas) que abordaram tópicos relacionados à MTC/A. O objetivo do treinamento foi que os médicos da ESF pudessem oferecer em sua unidade de saúde o tratamento com acupuntura aos usuários adscritos, ampliando a terapêuticidade para situações comuns da APS. É importante ressaltar que este treinamento não visa substituir a residência ou os cursos de especialização e nem formar médicos especialistas em Acupuntura, mas oferecer novas ferramentas terapêuticas para que o médico da APS possa utilizar em sua prática diária. Cabe também destacar que o programa de treinamento foi elaborado pelo preceptor da Residência Médica em Acupuntura do Hospital Universitário, o qual é professor do curso de medicina da UFSC e tem mais de vinte anos de experiência no ensino da Acupuntura. Desde que os módulos práticos do treinamento iniciaram, em janeiro de 2012, observou-se um crescimento progressivo no número de registros de sessões de Acupuntura realizadas na APS, conforme mostra o gráfico 3, bem como, de forma não tão impactante devido à oferta do curso ser prioritária às seis unidades sensibilizadas, verificou-se aumento no número de centros de saúde realizando atendimentos com acupuntura, conforme já mostrado no gráfico 2. No momento está sendo conduzido um estudo que avalia qualitativamente o impacto do treinamento sob o ponto de vista dos médicos treinados e dos pacientes

que receberam tratamento destes médicos. Considerando que a cada ano a CPIC pretende ampliar o número de unidades de saúde sensibilizadas, a proposta é que ocorra nova edição do treinamento para os médicos dessas novas unidades de saúde sensibilizadas, sendo prevista uma segunda edição ainda em 2012.

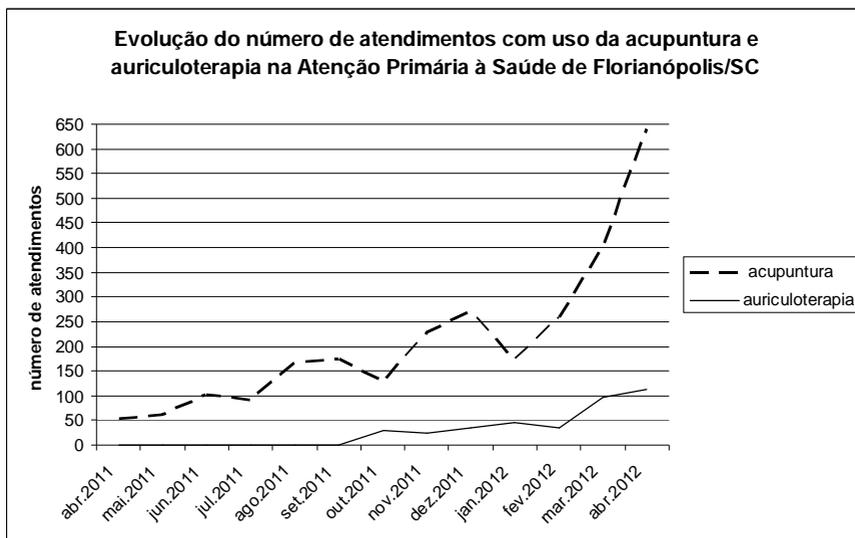


GRAFICO 3: Evolução do número de atendimentos com uso de acupuntura e auriculoterapia na Atenção Primária à Saúde de Florianópolis/SC.

Outra técnica da MTC/A demandada pelos profissionais das unidades de saúde sensibilizadas foi a auriculoterapia, e, em março de 2012, foi oferecido o Treinamento Básico em Auriculoterapia para cerca de 30 profissionais de nível superior dessas unidades, com objetivo de capacitá-los para o uso da técnica como recurso terapêutico complementar no cuidado à saúde. O curso teve duração de 8 horas e a aplicabilidade da técnica após treinamento foi variada, conforme características de cada unidade de saúde, sendo utilizada complementarmente nos grupos terapêuticos, nas salas de espera, nos atendimentos individuais e no acolhimento. Desde o término do curso têm-se percebido o aumento progressivo no número de atendimentos utilizando a auriculoterapia, como mostra o gráfico 3. Ainda relacionada à MTC/A, em maio de 2012 está prevista a Capacitação em Facilitadores de Automassagem com objetivo de capacitar profissionais das unidades de saúde sensibilizadas para a implantação de técnicas de

automassagem como recurso terapêutico complementar, especialmente nos grupos terapêuticos já existentes, com duração de 16 horas, e o impacto ainda deve ser avaliado. Nestes dois cursos o ministrante foi um médico de família e comunidade da própria rede municipal de saúde, de expertise reconhecida na aplicação desses recursos na APS, com intuito de valorização do potencial técnico dos próprios profissionais, na lógica da EPS, e também como estratégia de superação da carência de financiamento para as PIC.

### **EPS em Fitoterapia/Plantas medicinais: resultados preliminares**

Em todas as seis unidades de saúde foram pactuadas ações relacionadas à implantação da fitoterapia, refletindo um grande interesse já observado nas comunidades locais por esta terapêutica, devido a influências culturais e experiências individuais. Estudo sobre o uso de plantas medicinais em uma comunidade de Florianópolis revelou que a principal fonte de conhecimento em plantas medicinais é a própria comunidade e familiares, demonstrando uma rica herança cultural local sobre o tema e revelando um claro sincretismo com a biomedicina (Giraldi, Hanazaki, 2010). Por isso, o apoio no desenvolvimento das ações relacionadas à fitoterapia tiveram um destaque maior e, para isso, a CPIC estabeleceu parceria com o Horto didático de Plantas Medicinais da UFSC e algumas associações locais para o desenvolvimento dos processos de EPS. Em discussão inicial com os membros da CPIC e os profissionais facilitadores, concluiu-se que inicialmente era preciso sensibilizar os profissionais de saúde sobre a fitoterapia, resgatando e legitimando o uso popular das plantas medicinais, fazendo com que estes dois universos se aproximassem na discussão dos cuidados de saúde, para que depois se pensasse em alguma capacitação técnica aos profissionais.

Por isso, a primeira atividade ofertada às unidades de saúde sensibilizadas foi a Oficina de Plantas Medicinais. Esta atividade foi planejada tendo como base os referenciais da educação popular e enfocada aos agentes comunitários de saúde (ACS) e comunidade, com dinâmica que consistia em os participantes trazerem para o encontro as plantas que costumavam utilizar e então iniciava-se uma roda de conversa sobre os nomes e usos populares, indicações e outras observações necessárias ao uso racional, conduzidas pelo profissional médico de expertise reconhecida e responsável pelo Horto didático de Plantas Medicinais da UFSC, apoiado pela CPIC. Geralmente as

oficinas eram realizadas dentro da própria unidade de saúde e, eventualmente, no centro comunitário. A quantidade de oficinas e a periodicidade era determinada pelos participantes e, após alguns encontros, o resultado era um diagnóstico das principais plantas utilizadas por aquela comunidade que foram compiladas em uma Cartilha de Plantas Medicinais, contendo as plantas estudadas durante as oficinas, a fim de fomentar o saber popular articulado ao uso racional. Em algumas unidades de saúde, conforme interesse e disponibilidade, foi apoiada a construção de hortas medicinais, principalmente com o intuito didático, reforçando a lógica de que as principais plantas medicinais necessitadas pelos usuários estão na própria comunidade e, desta forma, o compartilhamento de hortas locais e individuais estimularia a socialização, a integração, o auto-cuidado e autonomia dos pacientes.

Das seis unidades de saúde sensibilizadas, apenas 1 não havia realizado, até o término do período da pesquisa, nenhuma Oficina de Plantas Medicinas. As demais realizaram no mínimo 2 oficinas, com periodicidade média mensal, e com presença destacada para os ACS e, eventualmente, mesmo sem um convite específico, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, dentistas, assistentes sociais e mesmo gestores, refletindo o processo de sensibilização gradual promovido. Percebeu-se que nas oficinas em que houveram a presença de alguns profissionais de saúde de nível superior houve enriquecimento do processo de troca de saberes, pois, tal como propõe a educação popular, na roda de conversa não houve distinções de escolaridade, pois o conhecimento e saber popular foi tão valorizado quanto o saber científico, trazendo à tona a deficiência na formação dos profissionais de saúde relacionada à fitoterapia, em contradição ao maciço consumo de plantas medicinais pela população brasileira. Esta deficiência era reforçada quando os ACS contavam que omitiam o uso de plantas medicinais ao seu médico, porque sabiam que eles não entendiam disso e agiam preconceituosamente, proporcionando reflexão sobre a conduta do profissional de saúde frente aos saberes populares.

Após um período de cerca de 8 meses realizando estas oficinas nas unidades de saúde sensibilizadas, a discussão sobre o uso das plantas medicinais passou a difundir-se entre os profissionais da unidade e a CPIC percebeu que era chegado o momento de organizar uma capacitação técnica aos profissionais de nível superior sobre plantas medicinais, de forma a dialogar com sua comunidade, e incorporar estes saberes em seu trabalho cotidiano. Por isso, organizou-se um curso teórico e prático de 60 horas em fitoterapia para os profissionais de nível

superior dessas unidades, em parceria com a UFSC, com início programado para julho de 2012, cujo objetivo será discutir o uso popular e científico das plantas medicinais, especialmente aquelas já trabalhadas nas Oficinas de Plantas Medicinais, facilitando o reconhecimento das potencialidades e aplicabilidade na prática clínica. A idéia é que o uso popular de plantas medicinais não seja ignorado pelos profissionais do SUS, de forma que o conhecimento popular e científico possam estreitar-se e que a fitoterapia traga formalmente mais opções de cuidado na APS, já que informalmente já é amplamente usada no manejo dos cuidados primários de saúde (WHO, 2011), respeitando e fortalecendo o saber popular aliado à ciência e aproveitando a biodiversidade local.

A partir da análise das experiências descritas em EPS desenvolvidas até o momento, dos resultados e do estudo do impacto dos treinamentos, a CPIC pretende elaborar estratégias que permitam aprimorar as atividades de EPS referentes à incorporação e uso das PIC como recurso terapêutico complementar, visando à ampliação da resolubilidade da APS.

## **CONCLUSÃO**

Em um período de 2 anos (abril/2010 a abril/2012) foi possível observar uma alteração significativa e positiva no cenário das PIC em Florianópolis/SC, período em que a normativa municipal foi publicada, as discussões foram levadas a todos os âmbitos e instâncias da secretaria municipal de saúde, foram sensibilizadas seis unidades de saúde para implantação de seus PLI-PIC, ofertando treinamentos em acupuntura, auriculoterapia, automassagem e fitoterapia, além de oficinas locais de plantas medicinais para ACS e comunidade, resultando em crescimento da oferta destas terapias aos usuários, monitorado via sistema informatizado.

A experiência aqui descrita sucintamente pretende contribuir para o fortalecimento da PNPIC e o incentivo a sua legitimação e implantação por outros municípios. A perspectiva é a ampliação de mais unidades de saúde a cada ano, mantendo a lógica de gestão participativa e contextualizada, possibilitando a expansão racional e sustentável dessas práticas para toda a APS de Florianópolis/SC. Têm-se observado que a coparticipação de profissionais e gestores no desenvolvimento de ações em PIC tem sido tão importante quanto os resultados obtidos, fomentando o protagonismo dos sujeitos, democratizando a gestão e refletindo em mudanças na percepção e comprometimento dos

envolvidos. Complementarmente, as atividades de EPS possibilitaram a sustentabilidade das ações em PIC e a superação da deficiência na formação dos profissionais de saúde. O desenvolvimento de atividades contextualizadas em cada realidade parece facilitar a permanência de novas ações, para que de fato inserção das PIC possam refletir na ampliação da resolubilidade da APS e na qualificação dos serviços, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde da população, tal como preconiza a PNPIC.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. T; DA COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. *Saúde Soc. São Paulo*, v.19, n.3, p.497-508, 2010.

BARRET, B. et al. Themes of Holism, Empowerment, Access, and Legitimacy Define Complementary, Alternative, and Integrative Medicine in Relation to Conventional Biomedicine. *The Journal Alternativ Complent Medic*; 9:937-947, 2003.

BODEKER, G; KRONENBERG, F. A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. *Am J Public Health*; 92(10): 1582-91, 2002 Oct.

BRASIL. Portaria 971, de 06 de maio de 2006: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Ministério da Saúde. – Brasília: MS, 2006a.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_. Um método para análise e co-gestão de coletivos - A constituição do sujeito, produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 14 (4): 863 – 870, out-dez, 1998.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – Comunic, Saude, Educ* 2005a; 9 (16): 161-168

\_\_\_\_\_. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Rev Cien Saúde Colet*, 2005b; 10(4):975-986.

CECCIM, R. B; FEURWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis* 2004; 14(1): 41-64.

CUNHA, G. T. A construção da clínica ampliada na Atenção Básica. São Paulo: Hucitec; 2005.

EASTWOOD, H. Postmodernisation, consumerism and the shift towards holistic health. *Journal of Sociology* 36: 133-5, 2000.

EDEN, C.; HUXHAM, C. Pesquisa-ação no estudo das organizações. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. R. (Orgs.) *Handbook de Estudos Organizacionais*. São Paulo: Atlas; 2: 93-117, 2001.

FEUERWERKER, L. C. M. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

GONÇALVES, R. P. et al. Profissionais da área de saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não convencionais. *Rev APS*, 11: 398-405, out/dez 2008.

HILL, F. J. Complementary and alternative medicine: the next generation of healyh promotion? *Health Promotion International*;18 (3): 265-272, 2003.

LUFF, D; THOMAS, K. Getting somewhere, feeling cared for: patient perspectives on CAM. *Complementary Therapies in Medicine*, 8: 253-59, 2000.

NOGALES-GAETE, J. Medicina alternativa y complementaria. *Rev Chil Neuro-Psiquiatria*, 4:243-25, 2004.

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. *Rev Cien Saúde Colet*, 2012 (no prelo).

SILENZIO, V. M. B. What Is the Role of Complementary and Alternative Medicine in Public Health? *Am J Public Health*, 92: 1562-1564, 2002

SOUSA, I. M. C.; VIEIRA, A. L. S. Serviços Públicos de saúde e medicina alternativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(sup): 255-266, 2005.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e Medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 42 (5): 914-920, out. 2008.

THIAGO, S. C. S; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev. Saúde Pública*. 2011, vol.45, n.2, pp. 249-257.

THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-ação*. 17 ed (1ª. Ed 1947). São Paulo: Cortez Editora, 2009.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa-ação nas Organizações*. São Paulo: Atlas, 1997.

TOVEY, P. Contingent Legitimacy. *Social Science and Medicine* 45: 1129-34, 1997.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Medicines Situation 2011 – Traditional Medicines: Global Situation, Issues and Challenges. Geneva: World Health Organization, 2011.

## 5.2 ARTIGO 2 - UM MÉTODO PARA A IMPLANTAÇÃO E PROMOÇÃO DE ACESSO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva em 23/04/2012 e aprovado em 05/09/2012 em atendimento ao edital de chamada de artigos para o número temático "Acesso aos Serviços de Saúde no Sistema Único de Saúde" (comprovante de aprovação no Anexo C), e apresentado conforme Instrução aos Autores desta Revista (Anexo D).

## **Um Método para a Implantação e Promoção de Acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde**

SANTOS; Melissa Costa<sup>1,2</sup>  
TESSER; Charles Dalcanale<sup>3</sup>

1. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil.
2. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Florianópolis, SC, Brasil
3. Departamento de Saúde Pública. Centro de Ciências de Saúde. UFSC. Florianópolis, SC, Brasil

Correspondência:

Charles Dalcanale Tesser

Departamento de Saúde Pública - Centro de Ciências da Saúde  
Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário – Trindade. CEP: 88040-970 Florianópolis, SC,  
Brasil

e-mail: charlestesser@ccs.ufsc.br

**RESUMO**

A oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde é estimulada para ampliar a integralidade da atenção e o acesso às mesmas, mas é um desafio incorporá-las aos serviços. Nosso objetivo é apresentar um método de implantação das PIC na Atenção Primária à Saúde (APS), derivado da análise de experiências municipais, resultado parcial de estudo de mestrado cuja metodologia foi a pesquisa-ação. O método envolve 4 fases: 1 - definição do núcleo responsável pela implantação e sua solidificação; 2 - análise situacional, com mapeamento de profissionais competentes já existentes; 3 - regulamentação, organização do acesso e legitimação; 4 - ciclo de implantação: pactuação de planos locais, tutoria e atividades de educação permanente em saúde. As fases são descritas, fundamentadas e sucintamente discutidas. O método estimula o desenvolvimento de ações racionais e sustentáveis, fomenta a gestão participativa, a construção da integralidade e a ampliação responsável do cuidado realizado na APS através da oferta progressiva e sustentável de PIC.

**PALAVRAS-CHAVE:** gestão em saúde, terapias complementares, medicina integrativa, política de saúde

**ABSTRACT**

Offering Integrative and Complementary Practices (ICP) in the Health Care System (SUS) is stimulated to increase the comprehensiveness of care and the access to them, but it is challenging to incorporate ICP into the health services. Our goal is to provide a method of implementation of ICP in Primary Health Care (PHC), derived from analysis of municipalities' experiences, using partial results of a master's thesis that used the action research methodology. The method involves four stages: 1 - defining a group responsible for the implementation and its solidification; 2 - situational analysis, mapping the existing competent professionals 3 - regulation, organization of access and legitimacy, and 4 - cycle of deployment: local plan arrangements, mentoring and continuing education activities in health. The phases are described, justified and briefly discussed. The method encourages the development of rational and sustainable actions, participatory management, construction and expansion of care provided at PHC by offering progressive and sustainable ICP.

**KEY WORDS:** Health Management; complementary therapies, integrative medicine, health policy

## INTRODUÇÃO

A incorporação das Medicinas Alternativas e Complementares/Tradicionais (MAC/MT), chamadas pelo governo brasileiro de Práticas Integrativas e Complementares (PIC)<sup>1</sup>, na rede pública de saúde está em lenta expansão. Além das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para que os países elaborem políticas que considerem o acesso a estas práticas, há um contexto mundial favorável a isso, devido, entre outros fatores, ao abalo da biomedicina nas suas relações com os usuários, a sua tendência ao uso abusivo de tecnologias duras, a seus efeitos iatrogênicos e a uma significativa “desumanização” das suas práticas profissionais<sup>2,3,4</sup>. Complementarmente, parte do crescimento da procura social pelas PIC deve-se a méritos próprios: reposicionam o paciente como centro do paradigma médico; consideram a relação curador-paciente como elemento fundamental da terapêutica; buscam meios terapêuticos simples, menos dependentes de tecnologia científica dura, menos caros e, entretanto, com igual ou maior eficácia nas situações comuns de adoecimento; e estimulam a construção de uma medicina que busca acentuar a autonomia do paciente, tendo como categoria central a saúde e não a doença<sup>3,5,6,7,8,9</sup>.

No Brasil, as discussões sobre esse tema iniciaram-se na década de 1980, coincidindo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que deliberou a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde<sup>1</sup>. Na década de 1990, na Saúde Coletiva, o grupo de pesquisa Racionalidades Médicas, liderado por Madel Luz, evidenciou-se tematizando inicialmente sistemas médicos complexos (homeopatia, medicina tradicional chinesa e ayurvédica) e depois práticas de saúde, em sua diversidade de saberes e práticas<sup>10</sup>, contribuindo para o fortalecimento do movimento ainda tímido de inserção das PIC nos serviços públicos de saúde brasileiros. Contudo, o marco ocorreu em 2006, com a edição da Política Nacional de PIC (PNPIC), considerada como uma atitude de ampliação de acesso, já que, até então, estas práticas estavam mais restritas ao setor privado. A PNPIC enfatiza a inserção das PIC na atenção primária à saúde (APS), contribuindo para um cuidado continuado, humanizado e integral<sup>1</sup> e visa também normatizar a utilização destas práticas no SUS (já que em todas as práticas heterônomas de saúde pode-se observar comportamentos inadequados, tais como imprudência profissional, interesses lucrativos e manipulação da indústria e propaganda, o que é facilitado pela ausência

de regulamentação<sup>3</sup>). Portanto, a PNPIC contribui para o aumento da resolubilidade do sistema e a ampliação do acesso às PIC<sup>1,11</sup>, reconhecendo a pluralidade nos cuidados<sup>12</sup> e possibilitando outros saberes e racionalidades, com ampliação da variedade de recursos para a atenção à saúde<sup>13, 14</sup>.

Por outro lado, considera-se um desafio aos gestores públicos a efetiva institucionalização das PIC no SUS, já que os atuais mecanismos legais não são suficientes quando há reduzido número de recursos humanos capacitados, insuficiente financiamento para a maioria das práticas e poucos espaços institucionais para desenvolvimentos de novas práticas e serviços<sup>2,7</sup>, além de outros fatores culturais, econômicos, científicos e organizacionais que frustram as tentativas de integração das PIC à biomedicina<sup>15</sup>. Reconhece-se a importância do estabelecimento de uma política, definindo responsabilidades às três esferas de gestão, porém há carência de diretrizes operacionais para implantação e promoção do acesso às PIC, o que dificulta a consolidação das mesmas, especialmente na APS. O objetivo deste artigo é apresentar e fundamentar um método para a implantação e promoção de acesso às PIC na APS, contribuindo, por meio disso, na qualificação e ampliação do cuidado e da resolubilidade na APS, disponibilizando um instrumento de orientação para a gestão local.

## **METODOLOGIA**

O método aqui apresentado deriva da análise de uma experiência em andamento em Florianópolis/SC e, complementarmente, da experiência prévia do município de Campinas/SP, em que um dos autores trabalhou em 2003-2005. Tal análise se insere numa pesquisa de mestrado em Saúde Coletiva cuja metodologia foi a pesquisa-ação, que é uma pesquisa social com base empírica, em que há estreita relação entre pesquisadores e pessoas da situação investigada do tipo participativo. Através de seminários de pesquisa, gera-se aumento do “nível de consciência” do grupo envolvido no processo, constatações de dificuldades, discussão de valores, intenções de mudanças, estudos e propostas, decisões, experimentações e avaliações a fim de solucionar um problema coletivo<sup>16, 17</sup>, que, no nosso caso, relaciona-se à implantação das PIC na APS. Analisando este processo, podem ser extraídas diretrizes de ação potencialmente aplicáveis e ou adaptáveis em outros contextos.

A delimitação do campo empírico foi a rede de atenção à saúde do município de Florianópolis, com população de 421.203 habitantes,

que adota a Estratégia de Saúde da Família como modelo de APS e possui cobertura populacional de 90%. A rede está dividida em cinco Distritos Sanitários, com área de abrangência e geoprocessamento definidos, destacando 112 equipes de saúde da família, distribuídas em 50 Centros de Saúde, além de 2 Unidades de Pronto Atendimento, 4 Policlínicas Municipais e 7 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que poderiam incluir o médico acupunturista e homeopata, mas o município optou por não incluir nestes espaços. Apesar de haver dois médicos acupunturistas e um homeopata nas Policlínicas Municipais, atuando como referência à APS, não existia, no início da pesquisa, apoio institucional para a oferta de PIC na APS.

A pesquisa foi conduzida por um núcleo de pesquisadores, como orienta a pesquisa-ação, formado pelos membros ativos da Comissão de PIC da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Florianópolis, constituída em março de 2010, e que incluía os autores do artigo. Os dados foram registrados e analisados durante os seminários por um ano e meio (abril/2010 a outubro/2011), período em que desenvolveram-se os ciclos de pesquisa-ação, que compreendem quatro momentos: exploratório; principal ou de planejamento; de ação; e de avaliação<sup>17</sup>.

Nos seminários identificou-se problemas e prioridades, colheu-se informações, planejou-se e realizou-se ações e avaliações das mesmas, visando implantar e promover o acesso às PIC na APS. A partir da experiência vivida, registrada e refletida (diário de campo), dos dados gerados pelos trabalhos da Comissão (atas, relatórios e documentos institucionais) e da sua análise pelos pesquisadores, extraiu-se, num esforço de síntese e abstração, diretrizes estratégicas e metodológicas que resultaram no método ora apresentado. A Tabela 1 apresenta o número de encontros realizados em cada uma das fases do processo, identificadas em análise retrospectiva, descritas adiante.

Devido a opção do município de priorizar enfaticamente a implantação das PIC na APS, em conformidade com PNPIC<sup>1</sup> e a “vocação natural” das PIC para ali se fazerem presentes<sup>18</sup>, a discussão realizada atém-se a esse ambiente de serviços do SUS. Entretanto, parece-nos que o método é adaptável para outros ambientes de cuidado, dada sua generalidade e pressupostos, os quais transcendem a APS. Deixamos ao leitor uma extrapolação maior e uma possível experimentação e validação externa além do ambiente dos serviços da APS.

## **APRESENTAÇÃO DO MÉTODO**

A experiência de implementação do SUS tem mostrado a ineficácia de tentativas de estabelecer novos programas, serviços e reorganizar processos de trabalho, sem que sejam questionados segmentos além da gestão<sup>19</sup>. Por isso, a Política Nacional de Humanização fomenta a gestão participativa, incluindo trabalhadores e participação popular, e propostas afins, como a cogestão de Campos<sup>20,21</sup>, também contribuem no processo de mudança organizacional e das práticas, como no caso de inclusão das PIC. Isso é importante para minimizar uma tendência comum nos poderes executivos federais, estaduais e municipais da saúde: protagonizar e personalizar a implantação de políticas, programas ou inovações nos serviços públicos, por motivos de capitalização política e eleitoral, por motivos de apoio genuíno do gestor às propostas ou por ambos. Nessa tradição, quando uma SMS viabiliza a implantação de ações ou serviços não é raro que não se construa sustentabilidade cultural, administrativa e política junto a instituição, seus profissionais e a sociedade civil (incluindo o Conselho Municipal de Saúde), a fim de enraizar socialmente e institucionalmente as iniciativas (como a implantação das PIC) e torná-las algo imune à ciclicidade das mudanças dos governantes. Tal ciclicidade dificulta a institucionalização de boas práticas gestoras e de cuidado e um dos eixos fundantes do método aqui proposto é uma preocupação constante com a permanente comunicação, diálogo, transparência, legitimação e negociação multilateral entre todos os envolvidos, de modo a enriquecer sua experiência e compreensão (e assim da organização como um todo) sobre o tema, visando construir solidez e sustentabilidade social, institucional e política, dadas as dificuldades culturais e organizacionais envolvidas<sup>22</sup>.

O método compõe-se de quatro fases, separadas didaticamente a fim de facilitar a compreensão do processo: 1: Estabelecimento de responsáveis; 2: Análise situacional; 3: Regulamentação; 4: Implantação. A figura 1 apresenta o Modelo Lógico do método. Não por acaso, o desenho é semelhante à própria pesquisa-ação e relaciona-se com os valores comuns a ambas: participação e diálogo comunicativo, reforçando os espaços públicos e coletivos, permanente negociação, estudo, consensuação, decisão e co-responsabilização conjuntas, prática gestora de implantação progressiva e sustentável, com estímulo à participação dos trabalhadores e ao aprendizado organizacional; o que é também proposto por Campos<sup>20,21</sup> e Rivera<sup>22</sup>.

### **FASE 1 – Estabelecimento de Responsáveis**

O primeiro passo é a definição de um núcleo responsável (NR) pela condução do processo, podendo ser constituído por profissionais da instituição previamente engajados no tema e com competências reconhecidas, preferencialmente de carácter multiprofissional e com expertises em variadas PIC. O número de membros é variável, sendo recomendável que a responsabilidade não fique exclusivamente em uma única pessoa, o que poderia centralizar política e administrativamente o processo, diminuindo o aprendizado institucional. Porém em municípios de pequeno porte talvez isso não seja possível, quando recomenda-se a identificação de profissionais competentes em municípios vizinhos consorciados ou “consorciáveis”. Pode-se também convidar especialistas, académicos ou assessores externos, proporcionando enriquecimento do processo com outras experiências.

A importância do estabelecimento do NR é a representatividade profissional e o diálogo facilitado com os demais atores envolvidos no processo, fomentando a cogestão ao construir espaços de reflexão em que o problema é colocado, a partir do engajamento na análise e deliberação coletivas<sup>19</sup>. Embora a definição do NR não necessite vir em decorrência de um ato institucional, isso legitima as ações do grupo, que assume carácter permanente, ainda que periodicamente sejam repactuados os membros, a fim de garantir a continuidade das ações na área. O NR pode assumir atribuições como: propor normatização local, assessoria técnica em PIC, atividades educativas, fomento de estudos e pesquisas, desenvolvimento e estímulo de ações intersectoriais que facilitem o desenvolvimento das ações. Os membros do NR não precisam dispor de muitas horas dedicadas ao tema. Nas experiências analisadas os NRs eram compostos por um coordenador e mediador principal com demais setores institucionais do SUS e da sociedade: num caso era um médico deslocado 20 horas para dedicar-se a essa função e noutro caso uma farmacêutica que atuava em outras funções da gestão. Os demais membros do NR eram profissionais com competência em alguma PIC atuantes na APS ou em outros serviços do SUS, de várias categorias profissionais e diferentes territórios, de modo a aumentar a interface de contato com a realidade institucional.

As primeiras reuniões do NR podem ter (e tiveram, no nosso caso) carácter de solidificação do grupo, compartilhamento de conhecimentos e experiências, estudo de literatura pertinente, de experiências exitosas de outros municípios e da própria PNPIC. Sugere-se que o NR elabore um plano de ação mínimo e pactue um cronograma de atividades, com a periodicidade de reuniões, a fim de cumprir com as atribuições estabelecidas e prazos determinados pelos gestores. Nos

casos tomados como referência, as reuniões variaram de semanais a quinzenais, ou mais distantes, quando entremeadas por outras atividades de sensibilização e educativas, conforme descrito adiante, com duração de 2 a 3 horas.

## **FASE 2 – Análise Situacional**

O pressuposto desta fase é uma constatação generalizada em municípios de grande porte e comum em municípios de médio (e mesmo pequeno) porte: o fato de que as PIC despertam, há algumas décadas, interesse não só social como em profissionais de saúde, que cada vez mais procuram capacitação em alguma PIC para enriquecimento do seu potencial de cuidado - na compreensão dos adoecimentos e na ampliação de recursos e técnicas terapêuticas<sup>23,24</sup> e de promoção<sup>25</sup>/prevenção. Isso ocorre e vem ocorrendo independentemente da gestão do SUS capacitar, incentivar ou contratar profissionais especialistas em PIC, devido ao reconhecimento e revalorização social geral das mesmas e da busca por maior “terapeuticidade” por parte dos profissionais. É, portanto, um fenômeno social que precede e transcende as políticas e os gestores, que pode e deve ser aproveitado.

Por isso, o ponto fundador desta segunda fase é a idéia de que os principais catalizadores, organizadores e promotores do acesso às PIC nos serviços de saúde municipais já provavelmente existam e estão presentes nesses serviços exercendo outras funções. Ou seja, pessoas que se capacitaram por interesse pessoal e que exercem tais práticas, ou, muitas vezes, não as exercem, por desestímulo institucional ou outros motivos. O que se observou nas duas experiências é que um começo promissor consiste no reconhecimento, valorização, diálogo e empoderamento desses profissionais para que não só possam praticar o que sabem em termos de PIC, mas também que contribuam com sua expertise na sensibilização e capacitação, em alguma medida, de seus colegas e na implantação das PIC na instituição.

Sugere-se que o NR realize um mapeamento dos profissionais capacitados em PIC, atuantes ou não, conforme unidades de saúde e competências específicas. Este mapeamento pode ser apoiado pelo setor de recursos humanos da instituição e estar estruturado de forma a facilitar a consulta e a atualização dos dados, já que a flutuação de profissionais entre os serviços pode ser comum, bem como conter os contatos desses profissionais, a fim de criar uma rede social entre eles. Sugere-se iniciar com esses profissionais as discussões de implantação e acesso, começando a compreender as dificuldades e desafios que são

encontrados nos ambientes de trabalho, ou seja, problematiza-se o exercício das PIC no cotidiano dos serviços. Estas discussões poderão ocorrer por seminários e, conforme o tamanho do município e o número de profissionais, organizadas por temas, refletindo sobre algumas perguntas norteadoras como base da problematização: quais os impeditivos para atuação das PIC na APS? Qual seria a melhor estratégia de organização do acesso na APS (atendimento só da área de abrangência, colaboração horizontal, matriciamento)? Como deverá ser os fluxos de atendimento? Como as atividades deverão ou poderão ser registradas e formalizadas? Como pode ser garantido o espaço de prática das PIC no cotidiano de trabalho?

Pesquisa recente mostrou que há pelo menos três modos de inserção das PIC “naturalmente” desenvolvidos por profissionais e serviços da APS em situação de ausência de apoio institucional, oscilando conforme os contextos de organização do serviço, as características das coordenações e dos profissionais praticantes<sup>26</sup>: reserva de turno(s) específico(s) para a prática, integração com demais atividades da APS e ambas as formas associadas.

A mesma dinâmica participativa pode ser adotada em seminários com os representantes da gestão e da sociedade (Conselho Municipal de Saúde) a fim de problematizar e compreender as dificuldades relacionadas à promoção do acesso e implantação das PIC. Ao final dos seminários, recomenda-se que sejam registrados os tópicos importantes, na visão de cada esfera (profissionais, gestores e sociedade), que, juntamente com o mapeamento de profissionais, compõe uma síntese da análise situacional das PIC no município. No caso de não haver nenhum profissional praticante ou capacitado nos serviços, sugere-se identificar profissionais interessados no tema para essa fase.

### **FASE 3 – Regulamentação**

A fase de regulamentação é necessária sempre que na fase anterior for observada a necessidade de legitimação profissional e institucional. Isso é comum em ambientes com gestores e profissionais não sensíveis às PIC. Muitas vezes, a ausência de uma regulamentação desestimula ou mesmo impossibilita a atuação profissional. A regulamentação pode se dar por uma política municipal, com trâmites legais próprios, ou, de forma mais simples, por ato institucional do gestor municipal, estabelecendo normas gerais para o desenvolvimento das PIC nos serviços, em consonância com a PNPIC, tais como: fluxos de acesso dos usuários e organização da demanda; estruturação dos

serviços e do processo de trabalho das equipes; registros de atendimentos e procedimentos; disponibilização de medicamentos e insumos relacionados; processos educativos e de participação social; entre outros tópicos necessários à normatização e oferta das PIC. O ponto de partida para a elaboração do documento normativo poderá ser o produto da fase anterior, com ampliação da discussão com os atores sociais envolvidos, como fomento à gestão participativa e a fim de consensuar o normatização das PIC.

Considerando as especificidades da APS, em Florianópolis optou-se por normatizar que o profissional interessado elabore uma pequena proposta de atuação, constando a PIC que será realizada, em que periodicidade, público-alvo, tempo para realização, necessidade de materiais específicos, entre outros dados, para ciência e acordo de suas coordenações, mantendo a lógica de acesso da APS e suas demais atividades, atribuições e responsabilidades, de forma que a inclusão da PIC contribua para a sua prática e não seja compreendida como uma sobrecarga de trabalho. O quadro 1 apresenta uma sugestão de Formulário de Atuação em PIC, que poderá estar como anexo à regulamentação municipal, permitindo a sistematização dos dados de profissionais atuantes na APS, minimizando o enrijecimento da prática, com a organização do acesso e viabilização das necessidades específicas solicitadas.

Ainda nesta fase, algumas adequações institucionais poderão ser necessárias a fim de possibilitar o monitoramento e avaliação das atividades, com geração de importantes relatórios institucionais. Por exemplo, é necessária a atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, incluindo as unidades de saúde que disponibilizarão PIC. Também o registro do atendimento em PIC realizado pelo profissional deverá ser estimulado, conforme códigos definidos pelo Ministério da Saúde ou códigos próprios quanto esses não existirem. Complementarmente, sugere-se a checagem da situação legal das legislações gerais ou específicas sobre as PIC, incluindo a regulamentação de cada conselho profissional. Por outro lado, podem ocorrer casos de práticas não regulamentadas ou praticantes não afiliados aos conselhos profissionais, casos em que os gestores e fóruns competentes, notadamente os Conselhos Municipais e locais de Saúde, podem ser corresponsáveis no processo de avaliação e possível legitimação sócio-institucional dos mesmos.

Ao fim desta fase, recomenda-se a aprovação da versão final da normatização municipal em encontro com profissionais e gestores, que ainda poderá ser submetida a consulta pública e aceitação do Conselho

Municipal de Saúde, para que, após formatação e adequação judicial, o secretário municipal de saúde possa aprovar e encaminhar à publicação.

#### **FASE 4 – Implantação**

A fase 4 é fundamental para a expansão sustentável das PIC na APS, já que somente a regulamentação não garante isso. Essa fase tem caráter descentralizado, com apropriação democrática dos processos de sua gestão e atendendo às especificidades locorregionais<sup>19</sup>. Propõe-se que seja desenvolvida de forma contínua e cíclica. Cada ciclo envolve algumas poucas unidades e desenvolve-se em quatro etapas: Etapa A - Início do ciclo de Implantação das PIC; Etapa B - Pactuação do Plano Local de Implantação das PIC; Etapa C – Viabilização de tutoria em PIC; Etapa D - Atividades de apoio relacionadas à Educação Permanente em Saúde. A capacidade produtiva do NR definirá a velocidade de implantação e, somente após o primeiro ciclo de unidades estarem com suas atividades em PIC bem estruturadas, expande-se a implantação das PIC para um ciclo de novas unidades de saúde. A seguir discutiremos brevemente cada uma das etapas.

#### **Etapa A – Início do ciclo de Implantação das PIC**

Inicialmente, recomenda-se um encontro com profissionais e gestores, a fim de divulgar a publicação da regulamentação, oficializando o início do processo de implantação com ampla discussão sobre diretrizes de ação para promoção, sensibilização e apoio às PIC. Isso é importante para que todos os profissionais interessados e já capacitados se sintam legitimados, conheçam os novos fluxos institucionalizados e se comprometam com o processo, já que os espaços coletivos são uma estratégia de democratização das relações de poder, garantindo aos trabalhadores o acesso à informação e o tempo necessário aos processos de discussão, deliberação e planejamento<sup>19</sup>. O produto dessa discussão coletiva poderá ser diretrizes de ação que nortearão o planejamento do NR, e não exatamente um plano de ação padrão, já que nossas experiências têm demonstrado que a estratégia de desenvolver um plano de implantação específico para cada unidade de saúde, considerando suas características de população, territórios e equipes, favorece a sustentabilidade das PIC. Isso porque as necessidades e demandas devem ser compreendidas à luz da realidade de cada serviço, considerando seus profissionais, condições sociais,

organizacionais e especificidades, devendo ser realizado um processo de construção conjunta, conferindo co-responsabilização<sup>27</sup>.

Nesta etapa, pactua-se quais e quantas unidades de saúde integrarão o ciclo. Sugere-se, com base nas experiências observadas, que os primeiros ciclos contemplem as unidades de saúde que já possuam interesse nestas práticas, o que facilita a expansão da estratégia para outras unidades não tão sensibilizadas inicialmente. Na experiência de Florianópolis trabalhou-se com ciclos de 6 unidades de saúde, buscando uma representatividade por distrito sanitário. Nesta lógica, em cada ciclo as ações se solidificam e, em longo prazo, é possível que todas as unidades de saúde estejam com ações em PIC em curso e bem consolidadas. Paralelamente, o NR poderá seguir com outras discussões, como o estabelecimento de parcerias institucionais, provisão de recursos financeiros e organização de atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS), que pode corresponder aos processos educativos relacionados à educação em serviço, educação continuada, educação formal de profissionais e, até mesmo, educação popular<sup>28</sup>.

### **Etapa B – Pactuação do plano local de implantação**

O estabelecimento de um plano local de implantação (PLI) das PIC contextualizado, que considere as peculiaridades e a diversidade de atores sociais envolvidos, inseridos na sua realidade, foi uma estratégia adequada, na avaliação da equipe do seminário de pesquisa de Florianópolis. Uma condição amplamente favorável para que uma pessoa ou organização decida mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a vivência e/ou reflexão sobre as práticas vividas e desconfortos, de modo a gerar disposição para produzir transformações e se abrir para alternativas de práticas e de saberes<sup>28</sup>. Por isso, o desenvolvimento do PLI das PIC deve fomentar a gestão participativa, com base problematizadora e suficientemente maleável e adaptável a cada serviço e realidade.

Para isso, sugere-se uma atividade denominada “Oficina de sensibilização em PIC - pactuação de ações”, cujo objetivo é sensibilizar todos os trabalhadores da unidade de saúde sobre o tema, utilizando referenciais da educação crítico-reflexiva e dinâmica que fomenta a discussão no contexto da realidade local, e, por fim, pactuar ações relacionadas às PIC a serem desenvolvidas naquela unidade. O quadro 2 apresenta uma sugestão de roteiro, com duração total de quatro horas, divididas em cinco momentos. Nesta oficina é estimulada a participação de todos os trabalhadores, já que o vínculo e o sentimento de pertencer

às intuições é mobilizado pelo desejo de participar e de reconhecimento identitário<sup>19</sup> e, portanto, quanto maior o número de participantes da unidade mais caracteriza-se a pactuação de ações do grupo e não apenas ações individuais, como talvez já ocorrem. Para a realização da oficina, a unidade de saúde fecha, devendo a data ser definida antecipadamente com ampla divulgação à comunidade, incluindo prévia pactuação com o Conselho Local de Saúde, se houver.

O PLI das PIC é, então, produzido a partir de discussões que oportunizem a reflexão com base nas situações já vivenciadas ali, nas experiências de outras localidades e nas vivências individuais. Esta construção coletiva é fundamental para identificar as práticas e concepções vigentes e então problematizá-las no concreto do trabalho de cada equipe, e de estabelecer novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade<sup>28</sup>. É bastante provável que desta discussão coletiva e problematizadora surjam demandas de educação em serviço, tal como propõe a lógica ascendente da EPS, a partir dos problemas locais observados, considerando a necessidade de prestar cuidado relevante e de qualidade<sup>29</sup>. O quadro 3 apresenta um protótipo de documento final, representando o PLI das PIC daquela unidade de saúde, como resultado da oficina anteriormente sugerida, contendo: ações pactuadas, que a unidade se responsabiliza e é capaz de implantar; líderes de cada ação, que serão o contato com o NR e estimularão o restante da equipe no cumprimento da ação; bem como indicadores, metas e outras atividades relacionadas.

### **Etapa C – Viabilização de tutoria em PIC**

O objetivo da viabilização de tutoria é fomentar a realização e execução do PLI elaborado e obter permanência e sustentabilidade das PIC. Ela vale-se da pedagogia da EPS, para que as PIC façam sentido na realidade do serviço e operem processos significativos nela, rompendo com a tradicional vinculação de políticas ou programas específicos à uma linha de capacitações ou prescrições de trabalho aos profissionais, sem oportunidade de assessoramento<sup>28</sup>. Deseja-se com a tutoria o oposto, ou seja, que o olhar, a escuta, a supervisão e o apoio permitam compreender a especificidade e os problemas locais, com elaboração de estratégias adequadas ao seu enfrentamento. O tutor pode ser um representante do NR ou pode ser determinado na etapa anterior, juntamente com a elaboração do PLI das PIC. Essa tutoria aproxima-se da noção de “apoio” de Campos<sup>30</sup>, como uma pressão de fora, que

implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho, sustentando e “empurrando” o outro. Esta proposta é importante na gestão participativa já que busca intervir de maneira interativa, partindo do pressuposto que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder.

É comum que os líderes das ações pactuadas no PLI se envolvam suficientemente no cumprimento destas ações, passando a discutir com os demais colegas em diversos espaços (reuniões da unidade, reuniões de equipe, etc), e será principalmente com estes líderes que o tutor terá maior interface. Recomenda-se que se estabeleça um calendário de visitas e contatos do tutor com a unidade de saúde, com possibilidades de ampliar o intervalo entre as visitas conforme as ações passem a ficar bem consolidadas. Na experiência base da pesquisa, inicialmente o intervalo de cada visita era de 1 mês, passando posteriormente para três meses, sugerindo que estejam presentes em cada visita, ao menos, o coordenador e os líderes das ações, para discutir as formas de apoio na execução das ações, apresentando sugestões de atividades, parcerias e possibilidades de EPS.

O tutor poderá utilizar estratégias de apoio sugeridas por Campos<sup>30</sup>, como construir rodas e contribuir para a criação de espaços coletivos, aplicar metodologias que tragam ofertas externas e também valorize as demandas do grupo, estimulando as decisões coletivas e orientando-se pelo PLI elaborado pela unidade. Após cada visita, o tutor leva as demandas para a reunião periódica do NR para que este, juntamente com as demandas de outras unidades trazidas por outros tutores, possa definir um plano de ação para este ciclo de unidades, considerando as necessidades de EPS, fornecimento de materiais e insumos, viabilização de estrutura física, assessoramento técnico, apoio matricial, etc.

### **Etapa D - Atividades de apoio relacionadas à Educação Permanente em Saúde**

Baseado nas ações pactuadas no PLI das PIC de cada unidade de saúde e, ainda, nas demandas das unidades trazidas pelos tutores, o NR pode elaborar um plano de ação em que as atividades relacionadas à EPS merecem um maior destaque, a fim de suprir a deficiência de formação existente na graduação dos profissionais de saúde sobre as PIC, e que refletem os modelos essencialmente conservadores, centrados em saberes e tecnologias biomédicas dependentes de procedimentos e equipamentos diagnósticos e terapêuticos<sup>31</sup>. A EPS relacionada às PIC é

ainda mais complexa e, ao mesmo tempo, relevante, já que a presença de saberes tradicionais das culturas e ou a produção de sentidos ligada ao processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida pertencem a lógicas em grande parte distintas do modelo científico hegemônico vigente<sup>28</sup>. Para isso deve-se refletir sobre desenvolver EPS contextualizada e utilizar outros espaços institucionais para além das tradicionais capacitações (que geram o esvaziamento de profissionais da rede), como reuniões de categoria profissional, reuniões da unidade de saúde, reuniões de equipe, entre outros, já que, conforme Ceccim<sup>28</sup>, as capacitações não se mostram eficazes para possibilitar a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, por trabalharem de maneira descontextualizada e se basearem principalmente na transmissão de conhecimentos.

Sugere-se que as atividades em EPS iniciem tão logo seja pactuado o PLI das PIC nas unidades de saúde contempladas no mesmo ciclo e, portanto, terão como público-alvo os profissionais daquelas unidades, facilitando a saída do profissional do serviço, já que são relativamente poucos profissionais envolvidos, comparados a toda rede de serviços. O NR poderá estabelecer um rol de atividades educativas, articulando-se à coordenação de EPS da SMS, caso exista, e buscando outras parcerias, tendo como base os PLIs das unidade de saúde. Como exemplo, em Florianópolis planejou-se atividades de EPS relacionadas à fitoterapia (formação profissional em fitoterapia, oficinas de educação popular para a comunidade e agentes comunitários de saúde, oficina de desenvolvimento de horta medicinal), já que todas as unidades do primeiro ciclo pactuaram “desenvolver a fitoterapia”. O NR poderá apoiar-se no conhecimento técnico dos profissionais mapeados, conforme a Fase 2, para que sejam referências de ensino em suas áreas de competência ou talvez sejam necessárias outras parcerias institucionais, que devem ser providenciadas e apoiadas pelo SUS, para que a EPS constitua espaços de planejamento, gestão e mediação<sup>29</sup>.

Ao fim do primeiro ciclo, é bem provável que as unidades de saúde estejam com as ações em PIC na APS bem consolidadas: pactuaram seu PLI, por meio da Oficina de Sensibilização em PIC; contam com tutoria permanente para execução das ações pactuadas; receberam atividades de EPS relacionadas às PIC a fim de favorecer a implantação e realização das ações. Assim, é chegado o momento de expansão para mais unidades de saúde e, conforme o NR perceba que há capacidade produtiva para iniciar um novo ciclo, novas unidades de saúde serão elencadas e todo o processo descrito na Fase 4 iniciará novamente. As características de cada município e de sua gestão, bem

como a disponibilidade e produtividade do NR, definirão a velocidade de implantação das PIC nas unidades de saúde da APS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A inserção das PIC na APS configura uma ação de ampliação de acesso e qualificação dos serviços, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde da população. Para sua consolidação como mais uma estratégia terapêutica e promotora de saúde na APS, devem ser consideradas as diversas influências que interferem no decorrer deste processo: gestores, políticas institucionais, sujeitos envolvidos (e suas competências), cultura local e organizacional, etc. A realização de um processo guiado democraticamente, discutido e sustentado, promove o aperfeiçoamento e adequação das atividades e norteia as ações a serem implantadas. A coparticipação no estabelecimento de ações em PIC é tão importante quanto os resultados obtidos, refletindo em mudanças na percepção dos envolvidos e na cultura da própria instituição, além de contribuir para a EPS. Nossa experiência, ainda em fase relativamente inicial e com resultados, portanto, parciais, vem indicando que o roteiro metodológico sintetizado parece defensável, sustentável e promissor. Sabe-se que a transformação nas práticas em saúde exige envolvimento de atores sociais, institucionais e profissionais e, apesar das dificuldades previsíveis, parece-nos que a estratégia proposta favorece o protagonismo e a participação dos profissionais, democratizando a gestão e ampliando a atenção à saúde, com responsabilização pactuada entre gestores, trabalhadores e usuários, como estimula a atual política de humanização do SUS. Desta forma, o método apresentado promove o desenvolvimento de ações sólidas e sustentáveis na área, fomentando a gestão participativa, a construção da integralidade e a ampliação responsável e cuidadosa das práticas e saberes usados no cuidado realizado na APS, além de propiciar o registro de experiências, contribuindo, desta forma, para o fortalecimento da PNPIC e o incentivo a sua legitimação e implantação por outros municípios.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos membros da Comissão de Práticas Integrativas e Complementares, da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, que constituíram-se na equipe de pesquisa-ação deste trabalho: Sônia de Castro S.Thiago; Daniela Baumgart de Liz Calderon; Leila Nery Santos de Souza; Gelso Guimarães Granada; Renato José Alves de Figueiredo e Ari Ojeda Ocampo Moré.

## **CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES**

MC Santos trabalhou na concepção, planejamento, organização, coleta, registro e análise de dados, todos seminários de pesquisa, redação da versão inicial, revisão bibliográfica e redação da versão final do artigo. CD Tesser participou de todas as fases da pesquisa e redação do artigo como orientador e revisor, incluindo participação em vários seminários de pesquisa e redação da versão inicial e final.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 971 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde; *Diário Oficial da União* 2006; 03 mai.
2. Gonçalves RP, Antunes HM, Teixeira JBP, Cardoso LO, Barbosa PR. Profissionais da área de saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não convencionais. *Rev APS* 2008; 11: 398-405.
3. Nogales-Gaete J. Medicina alternativa y complementaria. *Rev Chil Neuropsiquiatr* 2004; 4:243-25.
4. Sayd JD. Novos Paradigmas e Saúde. *Physis* 1999; 9 (1): 113-121.
5. Tesser CD, Barros NF. Medicalização social e Medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008; 42 (5): 914-920.
6. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis* 2005; 15: 145-176.
7. Sousa IMC, Vieira ALS. Serviços Públicos de saúde e medicina alternativa. *Cien Saude Colef* 2005; 10: 255-266.
8. Andrade JT. *Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação*. Salvador: EDUFBA/Fortaleza: EdUECE, 2006.
9. Levin JS, Jonas WB, organizadores. *Tratado de medicina complementar e alternativa*. São Paulo: Manole, 2001.
10. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades Médicas e integralidade. *Cien Saúde Colef* 2008; 13 (1): 195-206.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Relatório de Gestão 2006/2010 – Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, 2011.
12. Helman CG. *Cultura Saúde e Doença* 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
13. Andrade JT, Da Costa LFA. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. *Saude Soc* 2010; 19(3):497-508.

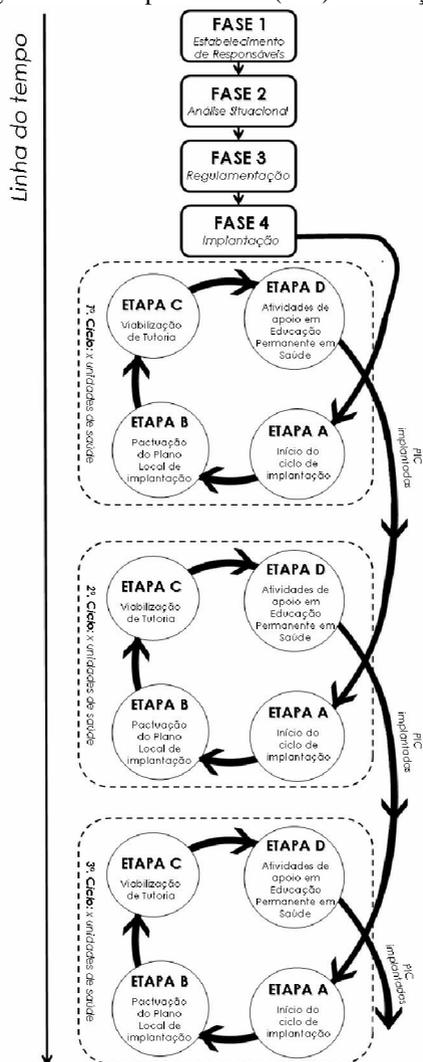
14. De Simoni CL, Benevides I, Barros NF. As práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. *Rev Bras Saude Fam*2008; IX:72-6.
15. Barrett B, Marchand L, Scheder J, Plane MB, Maberry R, Appelbaum D, Rakel D, Rabago D. Themes of Holism, Empowerment, Access, and Legitimacy Define Complementary, Alternative, and Integrative Medicine in Relation to Conventional Biomedicine. *J Altern Complement Med*2003; 9:937-947
16. Thiollent M. *Metodologia da Pesquisa-ação*. 17ª. ed . São Paulo: Cortez, 2009.
17. Thiollent M. *Pesquisa-ação nas Organizações*. São Paulo: Atlas, 1997.
18. McWhinney IR. *Manual de medicina de família e comunidade*. 3ª.ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
19. Guizardi FL, Cavalcanti FO. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. *Physis* 2010; 20(4):1245-1265.
20. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saude Publica*1998;14(4): 863 – 870.
21. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivo. São Paulo: Hucitec, 2000.
22. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Cien Saúde Colet*1999; 4(2):355-365.
23. Barros NF. A construção da Medicina Integrativa: um desafio para o campo da saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
24. Queiroz MS. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. *Cad Saude Publica*2000; 16 (2): 363-375.
25. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cad Saúde Pública*2009, 25(8):1732-1742.
26. Sousa IMC. Relatório final de pesquisa: Práticas Integrativas e Complementares no Programa de Saúde da Família voltados para atenção à saúde mental: estudos de caso no Nordeste, Sul e Sudeste. Processo 575268/2008-5 – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq, 2010.
27. Costa AM, Lionço T. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? *Saude Soc*2006; vol.15(2): 47-55.

28. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunic, Saude, Educ* 2004/2005; 9 (16): 161-168
29. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis* 2004; 14(1): 41-64.
30. Campos GWS. *Saúde Paidéia* São Paulo: Hucitec, 2003.
31. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002.

**TABELA 1:** Número de Reuniões e Seminários realizados pelo Núcleo Responsável pelo processo de implantação das Práticas Integrativas e Complementares no município de Florianópolis/SC, no período de abril de 2010 a outubro de 2011.

	Reuniões/ Seminários do Núcleo Responsável	Seminários do Núcleo Responsável e profissionais	Seminários do núcleo Responsável e gestores
Fase 1: Estabelecimento de Responsáveis	4	0	0
Fase 2: Análise Situacional	3	4	1
Fase 3: Regulamentação	5	1	4
Fase 4: Implantação	20	1	7
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>6</b>	<b>12</b>

**FIGURA 1:** Modelo lógico do Método de implantação e promoção do acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PIC) na Atenção Primária à Saúde.



**QUADRO 1:** Exemplo de Formulário de Atuação em Práticas Integrativas e Complementares (PIC).

FORMULÁRIO PARA ATUAÇÃO EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES	
Unidade de Saúde: _____	Data: ___/___/___
Profissional requerente: _____	Profissão: _____
PIC requerida: _____ (anexar documentos comprobatórios da formação profissional)	
<p><b>PROPOSTA DE ATUAÇÃO</b> (descrever detalhadamente como a PIC será realizada, em que periodicidade, público-alvo, tempo para realização, necessidade de materiais, etc)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">(Assinatura e carimbo do profissional)</p> <p>Ciente e de acordo, _____</p> <p style="text-align: right;">(Assinatura e carimbo da chefia imediata)</p> <p>Ciente e de acordo, _____</p> <p style="text-align: right;">(Assinatura e carimbo do Diretor do Distrito Sanitário)</p>	

**QUADRO 2:** Sugestão de Roteiro para Oficina Sensibilização em Práticas Integrativas e Complementares - Pactuação do Plano Local de Implantação.

ROTEIRO DA OFICINA	
Abertura (40min)	Distribuir o material de apoio. Realizar apresentação individual. Iniciar a contextualização do tema PIC*, apresentação do NR <sup>8</sup> e a proposta da Oficina.
Discussão de textos (50min)	Dividir os participantes em 2 a 4 subgrupos para leitura e discussão de textos trazidos pelo NR sobre experiências exitosas em outros municípios, destacando os pontos mais importantes e refletindo sobre a sua realidade. Após, cada subgrupo apresenta ao grande grupo, compartilhando as reflexões e trazendo elementos para discussão no contexto de seu município e sua unidade.
Dramatização (30min)	O grupo continua a discussão sobre as experiências lidas e vivenciadas, seis voluntários são chamados para que, sem que o grande grupo saiba, preparem uma dramatização livre sobre uma situação do cotidiano da unidade envolvendo as PIC (uma consulta, um grupo, uma visita, etc), utilizando adereços trazidos pelo NR para se caracterizar como médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, usuários, etc. O objetivo é observar e penetrar nos fenômenos, visualizando, de forma caricata, situações possíveis de serem vivenciadas na unidade de saúde relacionadas às PIC e verificando a habilidade e empatia dos profissionais em lidar com o tema, considerando o contexto sócio-cultural apresentado. Após apresentação ao grupo, amplia-se a discussão sobre aquela situação cotidiana: conduta profissional, informações dos usuários, dificuldades e facilidades encontradas, outros pontos de atenção observados.
Intervalo (20min)	Neste ponto da oficina a tendência é já haver um grande envolvimento de todos na discussão de como poderiam implantar as PIC em sua unidade de saúde. Por isso, recomenda-se fazer um pequeno intervalo.

<p>Pactuação de ações em PIC (1h20min)</p>	<p>Retornar aos subgrupos e discutir que ações em PIC podem ser feitas na unidade, baseado em todos elementos discutidos até então, pensando: “Qual ação? Quem fará? Como? Onde? Quando? etc”. Considerar a capacidade produtiva para desenvolver tal ação e, sempre que houver limitações, apontar como poderiam ser solucionadas (ex: recursos materiais, capacitações, etc). Consensuando as ações propostas pelo subgrupo, cada um apresenta suas propostas ao grande grupo, que, após apresentação de todos subgrupos, refletirá sobre quais ações são viáveis, quais podem ser integradas e quais de fato poderão ser implantadas. Por fim, pactua-se com todos as ações a serem implantadas, lembrando que a qualidade na execução de cada ação é preferível à quantidade, e, para cada ação, definir: líderes de cada ação; metas e indicadores relacionados à ação; cronograma de implantação; organização do acesso e outras atividades necessárias. Todos estes dados constarão no documento final da oficina (Plano Local de Implantação das PIC).</p>
<p>Finalização da Oficina (20 min)</p>	<p>Definir um membro do NR como tutor da unidade de saúde. O Plano Local de implantação das PIC é o documento final produzido pela oficina e norteador das ações a serem implantadas. Entregar uma cópia deste documento a cada participante e anexar uma cópia maior em local visível da unidade, a fim de retomar visualmente e constantemente as ações pactuadas. Recomenda-se fazer uma pequena avaliação ao final .</p>

\* PIC: Práticas Integrativas e Complementares

§ NR: Núcleo Responsável

**QUADRO 3:** Exemplo de Plano Local de Implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) em uma Unidade de Saúde, como resultado da Oficina de Sensibilização em PIC.

PLANO LOCAL DE IMPLANTAÇÃO - AÇÕES PACTUADAS EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES					
Centro de Saúde xxxx (data: __/__/__)					
Objetivo: Implementar as Práticas Integrativas e Complementares no Centro de Saúde xxxx Tutor : _____ (contatos)					
Ação pactuada	Líder	Indicador	Meta	Início	Atividades relacionadas
Fortalecer a Acupuntura	xxxx	Número de atendimentos por semana	10	Imediato	Legitimar profissional formado; Realizar parceria para “Treinamento em Técnicas de Acupuntura”.
Desenvolver a Fitoterapia	xxxx	Percentual de profissionais capacitados	100	Após Capacitação	Realizar parceria para “Treinamento em Plantas Medicinais e Fitoterapia”.
		Percentual de profissionais sensibilizados	80	Após Oficina de Sensibilização	Realizar Oficina de sensibilização para profissionais de nível médio e fundamental.
		Número de grupos na horta medicinal por mês	1	Após construção horta medicinal	Reestruturar horta medicinal
Implantar grupos de automassagem	xxxx	Número de grupos por mês	2	Após capacitação	Realizar “Capacitação para Facilitadores de Automassagem”
Implantar a Auriculoterapia	xxxx	Número de atendimentos por semana	15	Após Capacitação	Realizar “Capacitação em Auriculoterapia”; Incluir o uso da técnica na sala de espera.



## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, J. T. Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação. Salvador: EDUFBA: EdUECE, 2006.
- ANDRADE, J. T; DA COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.3, p.497-508, 2010.
- BARRET, B. *et al*. Themes of Holism, Empowerment, Access, and Legitimacy Define Complementary, Alternative, and Integrative Medicine in Relation to Conventional Biomedicine. **The Journal Alternativ Complement Medic**, v.9, p:937–947, 2003
- BARROS, N. F. Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume/ FAPESP; 2000.
- BODEKER, G; KRONENBERG, F. A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. *Am J Public Health*, v.92, n.10, p.1582-91, Out. 2002
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: PNPIC: atitude de ampliação de acesso**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde – Brasília, 2006a.
- \_\_\_\_\_. **Portaria 971, de 06 de maio de 2006**: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Ministério da Saúde. – Brasília, 2006b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília, 2006c.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde: **Portaria GM/MS nº 4279** de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2006/2010 – Práticas Integrativas e Complementares no SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica/ Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. – Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 : regulamentação da Lei nº 8.080/90** / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília, 2011b.

BURKE, A.; GINZBURG, K; COLLIE, K; TRACHTENBERG, D; MUHAMMAD, M. Exploring the role of complementary and alternative medicine in public health practice and training. **J Altern Complement Med**, v.11, n.5, p. 931-6, 2005.

CAMPBELL, Colin. A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro: 18 (1):5-21, 1997

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 863 – 870, out-dez. 1998.

CAMPOS, G. W. S. Um método para análise e co-gestão de coletivos - A constituição do sujeito, produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic, Saude, Educ**, v.9, n.16, p.161-168, 2005<sup>a</sup>.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Cien Saúde Colet**, v.10, n.4, p.975-986, 2005b.

CECCIM, R. B, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Rev Saude Coletiva**, v.14, n.1, p.41-64, 2004.

CONRAD, P. **The Medicalization of Society - On the transformation of Human Condition into Treatable Disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

COUGHLAN, P; COUGHLAN, D. Action research for operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v.22, n.2, p.220-240, 2002.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec; 2005.

CUNHA, G. T; CAMPOS, G. W. S. Método Paidéia para Co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Org & Demo**. V.11, n.1, p.31-46, jan/jun 2010.

- DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa – Teorias e Abordagens**. Tradução Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- DUPAS, G. **O mito do Progresso**. São Paulo: UNESP, 2006.
- EASTWOOD, H. Postmodernisation, consumerism and the shift towards holistic health. **Journal of Sociology**, v.36, p.133-5, 2000.
- EDEN, C.; HUXHAM, C. **Pesquisa-ação no estudo das organizações**. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. R. (Orgs.) Handbook de Estudos Organizacionais. São Paulo: Atlas; 2: 93-117, 2001.
- FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- FLORIANÓPOLIS. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde **Relatório da VI Conferência Municipal de Saúde**. Florianópolis, 2003.
- \_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde **Relatório da VII Conferência Municipal de Saúde**. Florianópolis, 2006.
- \_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2007 – 2010** / Bastos Jr. Mário José e Kawase, Patrícia Rocha (org). Florianópolis: 2007.
- \_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria/SS/Gab/ 010/2010**. Nomeação da Comissão de Implantação do Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares. Florianópolis, 2010.
- \_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde **Relatório da VIII Conferência Municipal de Saúde**. Florianópolis, 2011.
- GIRALDI, M; HANAZAKI, N. Uso e conhecimento tradicional de plantas medicinais no Sertão do Ribeirão, Florianópolis, SC, Brasil. **Acta Bot. Bras**. V.24, n.2, p.395-406, 2010.
- GODOI, CK; BANDEIRA-DE-MELO, R; SILVA, A. B. **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais – Paradigmas, Estratégias e Métodos**. São Paulo: Saraiva, 2006.
- GONÇALVES, R. P; ANTUNES, H. M; TEIXEIRA, J. B. P; CARDOSO, L. O; BARBOSA, P. R. Profissionais da área de saúde pública: atitudes, conhecimentos e experiências em relação a práticas médicas não convencionais. **Rev APS**, v.11, p.398-405, out-dez 2008.
- HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. 5 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

HILL, F. J. Complementary and alternative medicine: the next generation of health promotion? **Health Promotion International**, v.8, n.3, p.265-272, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse Senso Demográfico 2010**. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/> > Acesso em: abr. 2011.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4. ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1981.

JOUBERT, M. **Quartier, démocratie et santé**. Paris: L'Harmattan, 1993.

KOERICH M. S; BACKES D. S; SOUSA F. G. M; ERDMANN A. L; ALBUQUERQUE, G. L. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.3, p.717-23, 2009.

LANGDON, E. J. **Cultura e os Processos de Saúde e Doença**. In: Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença( L. S. Jeolão e M. Oliveira, org.). Londrina, Ministério da Saúde; Universidade Estadual de Londrina e Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina. p.91-107, 2003.

LEVIN, J. S.; JONAS, W. B. (editores) **Tratado de medicina complementar e alternativa**. São Paulo: Manole, 2001.

LOCH-NECKEL, G; CARMIGNAN, F; CREPALDI, M. A. A Homeopatia no SUS na perspectiva de estudantes da área da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n.1, p.82-90, 2010.

LUFF, D; THOMAS, K. Getting somewhere, feeling cared for: patient perspectives on CAM. **Complementary Therapies in Medicine**, v.8, p. 253-59, 2000.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.15, suplemento, p.145-176, 2005.

LUZ, M.T. **Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica**. In: Canesqui AM, organizadora. Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Editora Hucitec; 2000.

MARTINI, J. G; BECKER, S. G. A acupuntura na analgesia do parto: percepções das parturietes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**; v.13, n.3, p.589-94, jul-set 2009.

MCWHINNEY, I. R. **Manual de medicina de família e comunidade**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo, Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 2006.

- NCCAM. National Center of Complementary and Alternative Medicine. **What is Complementary and Alternative Medicine?** CAM Basics. National Institutes of Health. No. D347. Bethesda; nov 2010.
- NOGALES-GAETE, J. Medicina alternativa y complementaria. **Rev Chil Neuro-Psiquiatria**, v.4, p.243-25, 2004.
- PARANAGUA, T. T. B, BEZZERRA, A L Q; SOUZA, MA; SIQUEIRA, K M. As práticas Integrativas na Estratégia Saúde da Família: visão dos agentes comunitários de saúde. **Rev Enferm, UERJ**; Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.75-0, 2009.
- SAYD, J. D. Novos Paradigmas e Saúde. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.113-121, 1999.
- SILENZIO, V. M. B. What Is the Role of Complementary and Alternative Medicine in Public Health? **Am J Public Health**, v.92, p.1562-4, 2002
- SOUSA, I. M. C.; VIEIRA, A. L. S. Serviços Públicos de saúde e medicina alternativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10(sup), p.255-266, 2005.
- SOUZA, E. F. A.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciência, Saúde**. Rio de Janeiro: v.16, n.2, p 393-405, 2009.
- S. THIAGO, S. C. **Medicinas e terapias complementares na visão de médicos e enfermeiros da Saúde da Família de Florianópolis** [dissertação] / Sônia de Castro S.Thiago ; orientador, Charles Dalcanale Tesser. - Florianópolis, SC, 2009.
- STRINGER, E. T. **Action Research**. 3a. ed. Sage Publications, 2007.
- TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e Medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**. V.42, n.5, p.914-920, out. 2008.
- TESSER, C. D; LUZ, M T. Racionalidades Médicas e integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.13, n.1, p.195-206, 2008.
- TESSER, C. D. Práticas Complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.8, p.1732 – 1742, ago. 2009.
- THIAGO, S. C. S; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista Saúde Pública**, v.45, n.2, p.249-257, 2011.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 17 ed (1ª. Ed 1947). São Paulo: Cortez Editora, 2009.
- THIOLLENT, M. **Pesquisa-ação nas Organizações**. São Paulo: Atlas, 1997.

TOVEY, P. Contingent Legitimacy. **Social Science and Medicine**, v45, p.1129-34, 1997.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Medicines Situation 2011 - Traditional Medicines: Global Situation**, Issues and Challenges. Geneva: World Health Organization, 2011.

## **APÊNCICE A – MARCOS HITÓRICOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS PIC NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC**

- Maio/2009– Início das discussões oficiais para implantação das PIC.
- Dez/2009 Reuniões periódicas com grupo de profissionais, coordenados por Dr. Rui Iwersen, vinculado à Diretoria de Média Complexidade
- Jan/2010 Projeto para financiamento da Construção de Farmácia Pública de Homeopatia e Fitoterapia foi aprovado pelo MS. Necessidade de institucionalizar as PIC e organizar fluxos, especialmente a relação com a Farmácia. Discussão das PICs passar a ser vinculadas à Diretoria de Atenção Primária.
- Mar/2010 Reformulação do grupo de discussão das PIC e **nomeação da CPIC** (Comissão de Implantação das Práticas Integrativas e Complementares) - **Portaria/SS/Gab/ 010/2010** e coordenação de Melissa Costa Santos, vinculada à Gerência de Assistência Farmacêutica
- 08/04/2010 Primeira reunião da CPIC
- 03/05/2010 Solicitado **parecer técnico** sobre atuação em PIC para o CREMESC, CRF-SC e COREN
- 27/05/2010 Seminário **CPIC + profissionais** interessados em práticas coletivas
- 28/05/2010 Seminário **CPIC + profissionais** interessados em homeopatia
- 10/06/2010 Seminário **CPIC + profissionais** interessados em acupuntura e outras práticas individuais
- 27/05/2010 Seminário **CPIC + profisisonais** interessados em fitoterapia e plantas medicinais
- 14/07/2010 Seminário **CPIC + Gestores** (coordenadores dos distritos sanitários e diretores): enfoque regulamentação
- 23/07/2010 Seminário **CPIC + profissionais** da rede municipal de saúde interessados: enfoque regulamentação
- 06/08/2010 Reunião **CPIC + setor SCNES**: deficiências de registro em PICs do MS e criação de registros internos
- 01/09/2010 Reunião **CPIC + Gabinete**: apresentação da Instrução Normativa
- 14/09/2010 Reunião **CPIC + Residência Médica em Acupuntura HU/UFSC**: capacitação médica em técnicas de acupuntura
- 15/09/2010 Reunião **CPIC + Gestores** (coordenadores dos distritos sanitários e diretores): capacitações em PICs
- 22/09/2010 Reunião **CPIC + Gestores** (coordenadores dos distritos sanitários e diretores): capacitações em PICs
- 30/09/2010 Reunião **CPIC + Gestores** (Diretoria de Média Complexidade e Diretoria de Atenção Primária): definido acesso prioritário pela

- APS.
- 13/10/2010 1ª. Oficina de Sensibilização em Plantas Medicinais para Farmacêuticos: elaboração de Memento Terapêutico em Fitoterapia
- 03/10/2010 2ª. Oficina de Sensibilização em Plantas Medicinais para Farmacêuticos: elaboração de Memento Terapêutico em Fitoterapia
- 29/12/2010 Publicação da **Portaria/SS/Gab/ 047/2010** que implanta normas gerais para o desenvolvimentos das PICs na rede municipal de saúde de Florianópolis conforme **Instrução Normativa 004/2010**. A CPIC passa a ter caráter permanente com atribuições bem definidas (assessoria técnica, educação permanente, estudos e pesquisa, ações intersectorias).
- Jan/2011 Adequação do Sistema Informatizado de Atendimento (InfoSaúde) quanto ao registro das PICs desenvolvidas na rede municipal de saúde de Florianópolis
- 17/02/2011 Encontro sobre implantação das Práticas Integrativas e Complementares na rede municipal de saúde de Florianópolis - gestores, profissionais e Conselho Municipal de Saúde. - Divulgação da Regulamentação (Instrução Normativa 004/2010) e discussão do Plano de implantação
- 28/03/2011 Criado link “Práticas Integrativas e Complementares” na homepage da Secretaria Municipal de Saúde
- 21/03/2011 Seminário **CPIC + Gestores** (coordenadores dos distritos sanitários e diretores): pactuação do Plano de Implantação
- 05/04/2011 Seminário **CPIC + Gestores do Distrito Sanitário Norte** (coordenadores das unidades de saúde): enfoque Plano de Implantação
- 13/04/2011 Seminário **CPIC + Gestores do Distrito Sanitário Continente** (coordenadores das unidades de saúde): enfoque Plano de Implantação
- 14/04/2011 Seminário **CPIC + Gestores do Distrito Sanitário Sul** (coordenadores das unidades de saúde): enfoque Plano de Implantação
- 26/04/2011 Seminário **CPIC + Gestores do Distrito Sanitário Leste** (coordenadores das unidades de saúde): enfoque Plano de Implantação
- 17/05/2011 Seminário **CPIC + Gestores do Distrito Sanitário Centro** (coordenadores das unidades de saúde): enfoque Plano de Implantação
- 20/07/2011 PIC-Floripa - Oficina de Sensibilização e pactuação de ações em PICs – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
- 21/07/2011 PIC-Floripa - Oficina de Sensibilização e pactuação de ações em PICs – Centro de Saúde Monte Cristo
- 11/08/2011 PIC-Floripa - Oficina de Sensibilização e pactuação de ações em

	PICs – Centro de Saúde Pantanal
25/08/2011	PIC-Floripa - Oficina de Sensibilização e pactuação de ações em PICs – Centro de Saúde Córrego Grande
06/09/2011	PIC-Floripa - Oficina de Sensibilização e pactuação de ações em PICs – Centro de Saúde Morro das Pedras
20/09/2011	PIC-Floripa - Oficina de Sensibilização e pactuação de ações em PICs – Centro de Saúde Saco Grande
21/09/2011	Criação do <b>Blog PIC-Floripa</b> ( <a href="http://www.picfloripa.blogspot.com">www.picfloripa.blogspot.com</a> )
30/09/2011	Participação em Evento “I Congresso de Visão Científica e Holística” como palestra na programação do evento e stand de atividades PICs
13/10/2011	Início do curso <b>Treinamento Básico em Técnicas de Acupuntura para médicos da APS (80h)</b> (parceria PMF-UFSC) – com foco aos médicos das 6 unidades de saúde sensibilizadas
18/10/2011	1ª. Oficina de Plantas Medicinais - Centro de Saúde Monte Cristo (ACS e comunidade)
22/11/2011	1ª. Oficina de Plantas Medicinais - Centro de Saúde Saco Grande (ACS e comunidade)
22/11/2011	2ª. Oficina de Plantas Medicinais - Centro de Saúde Monte Cristo (ACS e comunidade)
29/11/2011	1ª. Oficina de Plantas Medicinais - Centro de Saúde Córrego Grande (ACS e comunidade)
07/12/2011	2ª. Oficina de Plantas Medicinais - Centro de Saúde Saco Grande (ACS, comunidade e partoral da saúde)
13/12/2011	2ª. Oficina de Plantas Medicinais - Centro de Saúde Córrego Grande (ACS e comunidade)
28/02/2012	3ª. Oficina de Plantas Medicinais - Centro de Saúde Córrego Grande (ACS e comunidade)
01/03/2012	Início do curso <b>Treinamento Básico em Auriculoterapia (8h)</b> para os profissionais de nível superior interessados das 6 unidades de saúde sensibilizadas. Total de 30 participantes
24/04/2012	1ª. Oficina de Plantas Medicinais - Centro de Saúde Morro das Pedras (ACS e comunidade)
10/05/2012	Início do curso <b>Capacitação em Facilitadores de Automassagem (14h)</b> para os profissionais interessados das 6 unidades de saúde sensibilizadas. Total de 30 participantes.

### **Outros dados relevantes:**

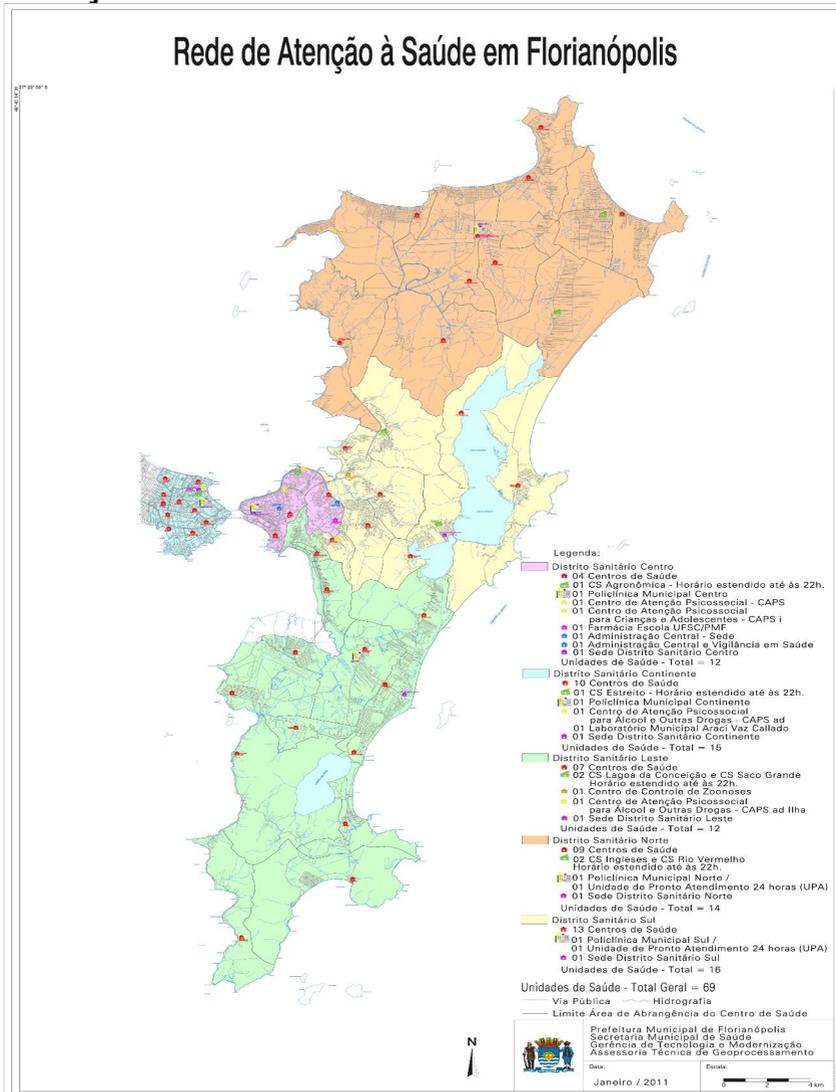
Total de reuniões da CPIC	36
Total de reuniões com gestores	18
Seminários com profissionais	6
Encontro com profissionais, gestores e conselho municipal de saúde	1
Oficina de Sensibilização e pactuação de ações em	6

PICs

Registros no Diário de Campo (junho/2010 –  
abril/2012)

126 páginas

## ANEXO A - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS/SC





## **ANEXO B - INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA INTERFACE - COMUNICAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO**

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

#### **PROJETO E POLÍTICA EDITORIAL**

INTERFACE — Comunicação, Saúde, Educação publica artigos analíticos e/ou ensaísticos, resenhas críticas e notas de pesquisa (textos inéditos); edita debates e entrevistas; e veicula resumos de dissertações e teses e notas sobre eventos e assuntos de interesse. Os editores reservam-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, mantendo estilo e conteúdo.

Toda submissão de manuscrito à Interface está condicionada ao atendimento às normas descritas abaixo.

#### **FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITO**

#### **SEÇÕES**

Dossiê - textos ensaísticos ou analíticos temáticos, a convite dos editores, resultantes de estudos e pesquisas originais (até sete mil palavras).

Artigos - textos analíticos ou de revisão resultantes de pesquisas originais teóricas ou de campo referentes a temas de interesse para a revista (até sete mil palavras).

Debates - conjunto de textos sobre temas atuais e/ou polêmicos propostos pelos editores ou por colaboradores e debatidos por especialistas, que expõem seus pontos de vista, cabendo aos editores a edição final dos textos. (Texto de abertura: até seis mil palavras; textos dos debatedores: até mil palavras; réplica: até mil palavras.).

Espaço aberto - notas preliminares de pesquisa, textos que problematizam temas polêmicos e/ou atuais, relatos de experiência ou informações relevantes veiculadas em meio eletrônico (até cinco mil palavras).

Entrevistas - depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista (até sete mil palavras).

Livros - publicações lançadas no Brasil ou exterior, sob a forma de resenhas críticas, comentários, ou colagem organizada com fragmentos do livro (até três mil palavras).

Teses - descrição sucinta de dissertações de mestrado, teses de doutorado e/ou de livre-docência; título, palavras-chave e resumo (até quinhentas palavras) em português, inglês e espanhol. Informar o endereço de acesso ao texto completo, se disponível na internet.

Criação - textos de reflexão com maior liberdade formal, com ênfase em linguagem iconográfica, poética, literária etc.

Informes - notas sobre eventos, acontecimentos, projetos inovadores (até duas mil palavras).

Cartas - comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre assuntos de interesse dos leitores (até mil palavras).

**Nota:** na contagem de palavras do texto, excluem-se título, resumo e palavras-chave.

## ENVIO DOS MANUSCRITOS

### SUBMISSÃO DE ORIGINAIS

**Interface - Comunicação, Saúde, Educação** aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos serão submetidos à avaliação. Não serão aceitas para submissão traduções de textos publicados em outra língua.

Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista. Todos os originais submetidos à publicação devem dispor de resumo e palavras-chave alusivas à temática (com exceção das seções Livros, Criação, Notas breves e Cartas).

**Nota:** nos manuscritos que incluam ilustrações (imagens, figuras, desenhos, tabelas, gráficos), deve ser inserida, como documento suplementar, uma cópia do manuscrito, na versão PDF, **com todas as ilustrações incluídas devidamente localizadas no corpo do texto.**

A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título é limitada a oito. Acima deste número serão listados no rodapé da página.

Também em nota de rodapé, na folha de rosto, o (s) autor (es) deve (m) explicitar se o texto é inédito, se foi financiado, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, **indicando o número do processo e a instituição.**

Em texto com dois autores ou mais também devem ser especificadas, em nota de rodapé, as responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do mesmo, de acordo com um dos modelos:

**Modelo 1:** "Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito."

**Modelo 2:** "Autor X responsabilizou-se por...; Autor Y responsabilizou-se por...; Author Z responsabilizou-se por..., etc."

**Da folha de rosto** também devem constar, obrigatoriamente, as respostas às seguintes perguntas:

1 No que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional.2 Caso o seu manuscrito se utilize de dados, que no todo ou em parte subsidiaram outras publicações de artigos e/ou capítulos de livros, liste tais publicações e informe no que o presente texto difere das demais.3 A seu

critério, indique dois ou três avaliadores (do país ou exterior) que possam atuar no julgamento de seu trabalho. Caso julgue necessário informe sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo. Da primeira página devem constar (em português, espanhol e inglês): título, resumo (até 150 palavras) e no máximo cinco palavras-chave.

**Nota:** na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave.

**Notas de rodapé** - numeradas, sucintas, usadas somente quando necessário.

#### CITAÇÕES NO TEXTO

No texto, as citações devem subordinar-se à forma - **Autor, ano, página**, em caixa baixa (apenas a primeira letra do sobrenome do autor em caixa alta) conforme o exemplo: "...e criar as condições para a construção de conhecimentos de forma colaborativa (Kenski, 2001, p. 31)

#### Casos específicos:

**a** Citações literais de **até três linhas**: entre aspas, **sem destaque em itálico** e, em seguida, entre parênteses (Sobrenome do autor, data, p.xx, **sem espaço entre o ponto e o número**). Ponto final depois dos parênteses

**b** Citações literais de **mais de três linhas**: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com **4 cm** de recuo à esquerda, em **espaço simples, fonte menor** que a utilizada no texto, **sem** aspas, **sem** itálico, terminando na margem direita do texto. Em seguida, entre parênteses: (Sobrenome do autor, data, página).

**Nota:** em citações, os parênteses só aparecem para indicar a autoria. Para indicar fragmento de citação utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando releemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...]. (Fulano, Sicrano, 2008, p.56).

**c** Vários autores citados em sequência: **do mais recente para o mais antigo**, separados por ponto e vírgula: (Pedra, 1997; Torres, 1995; Saviani, 1994).

**d** Textos com dois autores: Almeida e Binder, 2004 (no corpo do texto); Almeida, Binder, 2004 (dentro dos parênteses).

**e** Textos com três autores: Levanthal, Singer e Jones (no corpo do texto); Levanthal, Singer, Jones (dentro dos parênteses).

**f** Textos com mais de três autores: Guérin et al., 2004 (dentro e fora dos parênteses).

**g** Documentos do mesmo autor publicados no mesmo ano: acrescentar letras minúsculas, em ordem alfabética, após a data e sem espaçamento (Campos, 1987a, 1987b).

#### REFERÊNCIAS

**Todos** os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem alfabética, seguindo normas adaptadas da ABNT (NBR 6023/2002). Exemplos:

#### LIVROS:

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

\* Título sempre destacado em **negrito**; sub-título, não

\*\*Sem indicação do número de páginas

\*\*\*A segunda e demais referências de um mesmo autor (ou autores) devem ser substituídas por um traço sublinear (seis espaços) e ponto, sempre da mais recente para a mais antiga. Se mudar de página, é preciso repetir o nome do autor. Se for o mesmo autor, mas com colaboradores, **não vale o travessão**.

Ex: Freire, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 27.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. (Coleção Leitura)

\_\_\_\_\_. **Extensão ou comunicação?** 10.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

\*\*\*\* Dois ou três autores, separar com ponto e vírgula; mais de três autores, indicar o primeiro autor, acrescentando-se a expressão et al. Ex.: CUNHA, M.I.; LEITE, D.B.C. **Decisões pedagógicas e estruturas de poder na Universidade**. Campinas: Papyrus, 1996. (Magistério: Formação e Trabalho Pedagógico).

FREIRE, M. et al. (Orgs.). **Avaliação e planejamento: a prática educativa em questão**. Instrumentos metodológicos II. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1997. (Seminários)

## CAPÍTULO DE LIVRO:

QUÉAU, P. O tempo do virtual. In: PARENTE, A. (Org.). **Imagem máquina: a era das tecnologias do virtual**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1996. p.91-9.

\* Apenas o título do livro é destacado, **em negrito**.

\*\*Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo citado.

## Casos específicos

### 1 Autor do livro igual ao autor do capítulo:

HARTZ, Z.M.A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p.19-28

### 2 Autor do livro diferente do autor do capítulo:

VALLA, V.V.; GUIMARÃES, M.B.; LACERDA, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral à saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.103-18

### 3 Autor é uma entidade:

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente e saúde**. 3.ed. Brasília: SEF, 2001

### 4 Séries e coleções:

MIGLIORI, R. **Paradigmas e educação**. São Paulo: Aquariana, 1993. (Visão do futuro, v.1).

## ARTIGO EM PERIÓDICO:

TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.1, n.1, p.7-40, 1997

\*Apenas o título do periódico é destacado, **em negrito**.

\*\*Obrigatório indicar, após o volume e o número, as páginas em que o artigo foi publicado.

### **TESES E DISSERTAÇÕES:**

IYDA, M. **Mudanças nas relações de produção e migração:** o caso de Botucatu e São Manuel. 1979. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1979

\***Sem indicação** do número de páginas.

### **RESUMOS EM ANAIS DE EVENTOS:**

PAIM, J.S. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 33., 1995, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1995. p.5.

\*Apenas a palavra **Anais** é destacada, **em negrito**.

\*\*Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar o endereço eletrônico: Disponível em:<...>. Acesso em (dia, mês, ano).

\*\*\*Quando o trabalho for consultado em material impresso, colocar página inicial e final

### **DOCUMENTOS ELETRÔNICOS:**

Wagner, C.D.; Persson, P.B. Chaos in cardiovascular system: an update. **Cardiovasc. Res.**, v.40, p.257-64, 1998. Disponível em: <<http://www.probe.br/science.html>>. Acesso em: 20 jun. 1999.

\* Apenas o título do periódico é destacado, **em negrito**.

\*\*Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

**Nota:** se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. **Só neste caso** (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o Doi junto; em outros casos, nem sempre).

### **ILUSTRAÇÕES:**

Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 16 x 20 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte arial 9. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em Word ou Excel. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (photoshop ou corel draw). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema como documentos suplementares, com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

**Nota:** em manuscrito que contenha ilustrações deve ser inserida no sistema, também como documento suplementar, uma cópia do texto, na versão PDF, **com todas as ilustrações incluídas devidamente localizadas no corpo do texto.**

As submissões devem ser realizadas on-line no endereço:

<http://submission.scielo.br/index.php/icse/login>

## ANÁLISE E APROVAÇÃO DOS ORIGINAIS

Todo texto enviado para publicação será submetido a uma pré-avaliação inicial, pelo Corpo Editorial. Uma vez aprovado, será encaminhado à revisão por pares (no mínimo dois relatores). O material será devolvido ao (s) autor (es) caso os relatores sugiram mudanças e/ou correções. Em caso de divergência de pareceres, o texto será encaminhado a um terceiro relator, para arbitragem. A decisão final sobre o mérito do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados). A publicação do trabalho implica a cessão integral dos direitos autorais à **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Não é permitida a reprodução parcial ou total de artigos e matérias publicadas, sem a prévia autorização dos editores. Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

## **ANEXO C – COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DE ARTIGO À REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA**



Rio de Janeiro, 30 de julho de 2012.

Prezados autores

Informamos que seu artigo "*Um método para a implantação e promoção de acesso às práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde*" foi aprovado para integrar o Número Temático "*Acesso aos Serviços de Saúde*" da Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, a ser publicado ainda neste ano.

O trabalho, além de ser conceitual e metodologicamente muito bem desenhado, traz uma discussão densa e relevante para o tema.

No sentido de facilitar a tramitação do processo de editoração, Melissa Costa Santos será habilitada como autora convidada para cadastrar o trabalho como Artigo Temático.

Antes de o trabalho ser cadastrado, recomendamos que sejam observadas as instruções da Revista para a formatação do texto.

Além dessa recomendação, solicitamos que: (a) as referências internacionais sejam levadas em conta na discussão dos resultados; (b) seja diminuído o uso de siglas pois dificulta a leitura do texto e (c) as concordâncias verbais sejam revistas.

Por último, fixamos o dia 15 de agosto do corrente ano como data limite para que o mencionado artigo seja inserido no site da Revista.

Atenciosamente

Romeu Gomes  
(Editor Chefe)



## ANEXO D - INSTRUÇÕES AOS AUTORES DA REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA

### Introdução

**Ciência & Saúde Coletiva** publica debates e textos inéditos sobre análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos inéditos sobre discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover a permanente atualização das tendências de pensamento e de práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

A revista **C&SC** adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, site: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/> ou <http://www.apmgc.pt/document/71479/450062.pdf>. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### Seções de publicação

**Editorial:** responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 4.000 caracteres com espaço.

**Debate:** artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O texto deve ter, no máximo, 40.000 caracteres com espaço. Os textos dos debatedores e a réplica terão no máximo de 10.000 caracteres cada um, sempre contando com os espaços.

**Artigos temáticos:** revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os de revisão poderão alcançar até 50.000 caracteres. Para uns e outros serão contados caracteres com espaço.

**Artigos de temas livres:** não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.

**Resenhas:** análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores de resenha deverão encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução em alta definição da capa do livro resenhado.

**Cartas:** crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 5.000 caracteres).

**Observação:** O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

### Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas as referências inseridas como notas de rodapé e notas explicativas no final do artigo ou pé da página.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico ([www.cienciasaudecoletiva.com.br](http://www.cienciasaudecoletiva.com.br)) segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações. No caso de dúvidas, entrar em contato com a editoria da revista [cienciasaudecoletiva@flocruz.br](mailto:cienciasaudecoletiva@flocruz.br).

3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista **C&SC**, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão sendo, às vezes, necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções devem estar organizados com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, e não com numeração progressiva).

O **resumo/abstract** terá no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo-se palavras-chave/key words). Nele devem estar claros: o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e uma síntese dos resultados e das conclusões do estudo. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave. É importante escrever com clareza e objetividade o resumo e as palavras-chave, pois isso facilita a divulgação do artigo e sua múltipla indexação.

### Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final da submissão do artigo, anexar no campo "documento em Word" o artigo completo, contendo os agradecimentos e as contribuições individuais de cada autor na elaboração do texto (ex. IM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

### Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista **C&SC** compreende **tabela** (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), **quadro** (elementos demonstrativos com informações textuais), **gráficos** (demonstração esquemática de um fato e suas variações), **figura** (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, deve ser convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, **cinco** por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).

3. Todo material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As **tabelas** e os **quadros** devem ser confeccionados no mesmo material utilizado na

confeção do artigo (Word versões 2003 ou 2007).

5. Os **gráficos** devem ser gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) e devem ser enviados em arquivo aberto.

6. Os arquivos das **figuras** (mapa, por ex. devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Corel Draw e inseridas no formato original. Este formato conserva a informação VETORIAL, ou seja, conserva as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesse formato, os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que também são formatos de imagem, mas não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em **fotografia**. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado o em boas condições para reprodução.

#### Agradecimentos

1. Quando existem, devem ser colocados antes das referências (somente no arquivo em Word anexado ao site).
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles que citam outros tipos de contribuição.

#### Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de mais de dois autores, no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.* Nas referências, devem ser informados todos os autores do artigo.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF<sup>11</sup>; ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza<sup>6</sup>, a cidade... As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos **Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos** (<http://www.icmje.org>).
4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. O nome de pessoa, cidades e países devem

ser citados na língua original da publicação. **Exemplos de como citar referências**

#### Artigos em periódicos

1. **Artigo padrão** (inclua todos os autores)  
Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC. Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL. Itinerário terapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1283-1291.
2. **Instituição como autor**  
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164:282-284
3. **Sem indicação de autoria**  
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
4. **Número com suplemento**  
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.
5. **Indicação do tipo de texto, se necessário**  
Enzersberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

#### Livros e outras monografias

6. **Indivíduo como autor**  
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
7. **Organizador ou compilador como autor**  
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.
8. **Instituição como autor**  
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: IBRQ/IBAMA; 2001.
9. **Capítulo de livro**  
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.
10. **Resumo em anais de congressos**  
Kimura J, Shibusaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMC and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
11. **Trabalhos completos publicados em eventos científicos**  
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993;

Belo Horizonte. p. 581-582.

12. **Dissertação e tese**  
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2002.
- Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade*: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

#### Outros trabalhos publicados

13. **Artigo de jornal**  
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004; 31 jan. p. 12.
- Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (Col. 5).
14. **Material audiovisual**  
*HIV+/AIDS: the facts and the future* [vídeo-cassete]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.
15. **Documentos legais**  
Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

#### Material no prelo ou não publicado

- Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
- Gronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculocotomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

#### Material eletrônico

16. **Artigo em formato eletrônico**  
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>
- Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>
17. **Monografia em formato eletrônico**  
*CDI, clínica dermatológica ilustrada* [CD-ROM]. Reeves JRI, Maibach H. MEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.
18. **Programa de computador**  
Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational; 1993.