

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

LILIANE MARIA GOMES TORRES

**ESTRUTURAÇÃO DE POLÍTICA MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NO SUS: UMA PESQUISA-AÇÃO**

São Carlos - SP
2026

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

LILIANE MARIA GOMES TORRES

**Estruturação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no SUS:
uma pesquisa-ação**

Dissertação apresentada à banca examinadora de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos pré-requisitos para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Leandra Andréia de Sousa.

Coorientador: Prof. Dr. José Renato Gatto Júnior.

São Carlos - SP
2026

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata: Liliane Maria Gomes Torres, realizada em 18/07/2025.

Comissão Julgadora:

Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser (UFSC)

Profa. Dra. Larissa Riani Costa Tavares (UFSCar)

Profa. Dra. Leandra Andreia de Sousa (UFSCar)

Prof. Dr. José Renato Gatto Junior (USP)

Dedico este trabalho à minha Alma, à Profa. Leandra e a este Planeta...

AGRADECIMENTOS

Esse também é um momento desafiante, como todos os outros vividos na produção deste trabalho. Por quê? Porque não quero colocar hierarquia na apresentação dos nomes a quem agradeço durante essa caminhada. Minha intenção é que todos fiquem em círculo, com igual importância para o meu coração.

Posto isso, nesse círculo virtual e real, agradeço aos amigos invisíveis e protetores da Luz, grandes trabalhadores deste Planeta; à Leandra, orientadora, amiga mestra e grande propulsora do "fazer com" - este trabalho é nosso! -; ao Paulo meu esposo, companheiro, doce parceiro de caminhada, chef culinário e grande amor; aos meus pacientes, queridos e grandes mestres, sedentos por possibilidades de saúde menos iatrogênicas; ao coletivo de participantes dessa pesquisa-ação e do GT PICS DRS III/UFSCar; aos colaboradores da clínica Penta Ser, pela paciência, apoio e nutrição de amor a tudo que envolve aquele espaço de trabalho físico e além; à Maria Teresa, amiga e mestra; à Alessandra, amiga, irmã e curadora; à Liamar, amiga e irmã de tão longa data; à Sami, irmã, amiga e nutridora do estar junto; à Luciana, amiga e mestra; ao filho Tiago por tanto aprendizado e amor; à sobrinha Ana Paula por tanta disponibilidade e amor; à sobrinha Ana Elídia por tanta disponibilidade e amor; aos sobrinhos João e Pedro; à Lucia por tanto cuidado e dedicação; aos familiares todos pelo apoio, vibrações amorosas e incentivo, aos meus animais pela transmutação das energias desgastadas em força de continuar; à amiga irmã e mestra Ivete, pelas oportunidades de aprendizado transcendental.

Agradeço a minha mãe e ao meu pai, pela vida, educação e amor. Agradeço à Cida e ao meus ancestrais maternos e paternos tão queridos, a todos os que vieram antes, abriram caminhos com seus esforços e até com a própria vida.

Agradeço à todas as civilizações, a todos os povos deste e de outros planetas, suas sabedorias, suas observações, suas contribuições.

Agradeço ao Professor José Renato pelas contribuições cirúrgicas, que apontaram caminhos lúcidos.

Agradeço pelo aceite da Prof.^a Larissa e do Prof.^o Charles e por contar com a experiência valorosa de ambos para que este trabalho possa chegar onde precisa.

Agradeço à inteligência humana por criar elementos que nos proporcionam conforto, apoio e avanço. Agradeço aos pesquisadores que se dedicam para demonstrar suas verdades.

Agradeço a terra, ao fogo, ao ar e a água que vivem dentro, fora, em cima, embaixo, ao lado, antes, depois e durante a minha existência.

Agradeço aos aromas, cores, formas, poções, emplastos, tambores, óleos, ramos e di-

zeres... bendito sejam!

Agradeço à UFSCAR...que oportunidade! Agradeço a todos que fazem dessa instituição o que ela é e significa.

Agradeço aos cristais! Ao querido amigo Gê e Márcia pela parceria de trabalhos no visível e além.

Agradeço aos meus sogros pelo amor, delicadeza e cuidado com a família.

Agradeço ao meu irmão Júnior, por anos de apoio e cuidado até que eu pudesse me sustentar e seguir. Com gratidão estendida à Sol e seus familiares por tanto carinho recebido e compartilhado.

Agradeço a todos aqueles que foram e continuam sendo professores para mim, sejam eles acadêmicos ou não, sejam cientes ou não da minha admiração e gratidão. Entretanto, são para onde meu coração, olhos e pensamento apontam quando preciso relembrar para onde ir.

Agradeço aos meus amigos e amigas próximos e distantes, presentes e "ausentes", mas queridos e queridas.

Agradeço aos desafios, às facilidades, à força e à coragem!

Agradeço ao irmão e grande Ser, Wilson. Sem palavras aqui... E se não fosse você?

Eu agradeço, agradeço e agradeço...

EPÍGRAFE

Somos ciganos do Espaço, viajando por planetas...

Somos poeira Cósmica vindos da mesma estrela.

Por diversos mundos nos espalhamos... escutando histórias e aprendendo um tanto.

Por diversos mundos nos espalhamos... e quando estamos prontos... nos reencontramos.

Entre milhões de pequenos grãos de poeira estelar, ousamos nos reencontrar!

Vivemos de aventuras e deixamos um pouco de nós em cada lugar... antes de voltar.

Quando cansamos, voltamos para nossa Estrela fazendo festa, fazendo fogueira!

Mas, quando chega a hora... Voltamos a nos separar...

E quando estamos prontos... ousamos nos reencontrar!

Compositores: Flavio Cardoso / Bruno Olivieri

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa (MTCI) como abordagens de cuidado de saúde, baseadas em teorias, crenças e experiências originárias de diferentes culturas, utilizadas para promoção da saúde, prevenção e recuperação de agravos, considerando o ser integral, utilizadas em quase todos os países, com demanda contínua e crescente. No Brasil, a pluralidade terapêutica no SUS se dá por meio da oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), desde a década de 80, mesmo antes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e tem sido avaliada positivamente por profissionais de saúde e por usuários. Entretanto, a não institucionalização dessas abordagens no SUS ainda enfrenta barreiras que tornam sua oferta frágil e instável, dificultando também seu desenvolvimento, acompanhamento e avaliação. Dessa forma, esta dissertação visa responder às necessidades de um Grupo de Trabalho em PICS (GT PICS DRS III/UFSCar) e apresenta como objetivo geral elaborar coletivamente uma estruturação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) por pessoas chave implicadas com a oferta das PICS no SUS, e como objetivo específico, analisar as demandas, desafios e potencialidades do processo dessa elaboração coletiva. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa desenvolvida por meio da Pesquisa-ação (DICK, 2023). O local da pesquisa consistiu em seis municípios pertencentes ao DRS III, no estado de São Paulo. As estratégias de investigação foram análise documental do GT PICS DRS III/UFSCar do ano de 2023 e oito oficinas realizadas no período de março a setembro de 2024, com 18 participantes. Os achados provenientes da análise documental e das oficinas foram analisados por meio de confirmação e desconfirmação de dados em pesquisa-ação, à luz do processo dialético, a partir do qual os seguintes resultados foram produzidos coletivamente: uma Estruturação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, elaborada coletivamente, bem como as demandas, desafios e potencialidades deste processo de elaboração coletiva. Como demandas principais, as participantes assinalam as estratégias de implantação e implementação das PICS e da Política Municipal, sendo destacadas a divulgação de informações sobre as PICS e sobre a política municipal; necessidade de relatórios, indicadores, recursos financeiros; acesso e organização de fluxos; e demandas por espaços coletivos de discussão e dispositivos do SUS tais como o Conselho Municipal de Saúde, a Comissão Intergestores Bipartite, entre outros. Dentre os desafios do processo, as participantes apontaram as resistências culturais em superar preconceitos profundamente arraigados, a presença e apoio da gestão para as ações em PICS, conciliar agendas para a definição das diretrizes da PMPIC e o fortalecimento do controle social. Como principal potencialidade, os dados mostram a Educação Permanente em Saúde (EPS) como eixo transversal estruturante, mobilizador e transformador do processo. A partir dos resultados, a pesquisa revelou o valor político da construção coletiva, ao produzir um documento técnico legítimo, sensível ao território e capaz de impulsionar desdobramentos locais em torno da institucionalização das PICS. A instituição da PMPIC por meio da pesquisa-ação tem potencial para fortalecer o vínculo entre serviços de saúde, comunidade, universidade e gestão, na direção de construir projetos terapêuticos que respeitam as singularidades culturais, sociais e afetivas dos sujeitos em seus territórios, além de colocar em análise os modelos de gestão do cuidado e a compreensão da saúde. A pesquisa evidencia que a produção de uma estruturação de política municipal, que tem uma abrangência para além da esfera municipal, e o engajamento ético e formativo das pessoas, pode transformar o SUS a partir de práticas integradas, horizontais e culturalmente enraizadas.

Palavras-chave: práticas integrativas e complementares; política pública; pesquisa-ação; educação permanente em saúde; SUS.

ABSTRACT

The World Health Organization defines Traditional, Complementary, and Integrative Medicine (TCIM) as health care approaches based on theories, beliefs, and experiences originating from different cultures, used for health promotion, prevention, and recovery, considering the human being as a whole. These practices are present in nearly every country and show continuous and growing demand. In Brazil, therapeutic plurality within the Unified Health System (SUS) has been practiced since the 1980s, even before the establishment of the National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC), and has been positively evaluated by both health professionals and users. However, the lack of institutionalization of these approaches within the SUS still poses barriers that render their provision fragile and unstable, also hindering their monitoring and evaluation. This dissertation responds to the needs of a Working Group on Integrative and Complementary Practices (PIC WG) and aims to collectively develop a proposal for a Municipal Policy on Integrative and Complementary Practices (PMPIC) within the SUS by key actors involved in offering PIC. It also seeks to analyze the demands, challenges, and potentialities of this collective elaboration process. The study was conducted in six municipalities within DRS III, in the state of São Paulo, using Action Research as the main methodological framework. This is an exploratory, qualitative study developed through Action Research (DICK, 2023). The research strategies included document analysis of the PIC WG from 2023 and eight workshops held between March and September 2024, with 18 participants. Data were analyzed through the confirmation and disconfirmation process typical of action research, using a dialectical approach. The results revealed a collectively developed proposal for a Municipal Policy on Integrative and Complementary Practices in the SUS, along with the main demands, challenges, and potentialities of the elaboration process. Among the key demands were: strategies for implementing PICs and the Municipal Policy; dissemination of information about PICs and the policy itself; need for reports, indicators, and financial resources; access and care flow organization; and the creation of collective discussion spaces and SUS mechanisms such as the Municipal Health Council and the Inter-Managerial Commission. Challenges included cultural resistance to overcoming deeply rooted prejudices, the presence and support of health management, difficulties in scheduling for the definition of PMPIC guidelines, and the need to strengthen social control. The main potential identified was Permanent Health Education (PHE), as a cross-cutting, structuring, mobilizing, and transformative axis throughout the process. The research highlighted the political value of collective construction by producing a legitimate technical document sensitive to local realities and capable of triggering local actions for the institutionalization of PICs. The findings demonstrate that ethical and formative engagement of the actors can transform the SUS through integrated, horizontal, and culturally rooted practices. The institutionalization of the PMPIC through action research has the potential to strengthen the bond between health services, communities, universities, and management, aiming to build therapeutic projects that respect the cultural, social, and emotional singularities of individuals in their territories, while also challenging existing care models and understandings of health.

Keywords: integrative and complementary practices; public policy; action research; permanent health education. SUS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mandala do pluralismo em saúde no SUS. As PICS presentes na PNPIC.	27
Figura 2: Caminho percorrido. Foto: Entre um território e outro: a beleza do caminho!	33
Figura 3: Estado de São Paulo, Segundo RRAS e DRS, 2024.....	36
Figura 4: Estado de São Paulo, segundo Regiões de Saúde e RRAS, 2024.....	36
Figura 5: Região Central do DRS III, 2024.....	37
Figura 6: Região Central do DRS III, 2024.....	37
Figura 7: Ciclos ou momentos da pesquisa-ação, 2024.....	45
Figura 8: Fotos: Pedidos e ofertas tecidos e reiterados ao longo dos encontros.	46
Figura 9: Foto - Entrega das mudas de plantas medicinais.	48
Figura 10: Foto - Escrita e discussão conjunta.	49
Figura 11: Mapa das PICS no DRS III, 2023.	51
Figura 12: Responsabilidades comuns da Esfera: Federal, Estadual e Municipal, segundo a PNPIC.....	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização das participantes da pesquisa, por idade, identidade de gênero, profissão, função atual e município, em 2024.....	40
Quadro 2: Distribuição dos registros do GT PIC DRS III/UFSCar por número de encontros, data, tipo, municípios participantes e modalidade.....	42
Quadro 3: Oficinas realizadas, cuidado, dinâmica de trabalho, produto e mês.....	45
Quadro 4: Responsabilidades Institucionais Comuns às Três Esferas da Gestão, segundo a PNPIC.....	73

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CDQ-SUS	Centro de Desenvolvimento e Qualidade do SUS
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DRS III	Departamento Regional de Saúde III
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
GT PICS	Grupo de Trabalho de Práticas Integrativas e Complementares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTCI	Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica
NIDA	Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pesquisa-Ação
PANC	Plantas Alimentícias Não Convencionais
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
PMPIC	Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares
PNAISPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNEPS-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PNPMF	Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PSF	Programa Saúde da Família
RM	Racionalidades Médicas
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 INTRODUÇÃO.....	18
2.1 O Cuidado: minha trajetória e outras perspectivas relevantes	18
2.2 SUS – uma breve aproximação histórica e conceitual	21
2.3 A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC	23
3 JUSTIFICATIVA	30
4 OBJETIVOS	32
4.1 Objetivo geral.....	32
4.2 Objetivo específico	32
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	33
5.1 O caminho percorrido na pesquisa-ação.....	33
5.2 Local de estudo	36
5.3 Participantes da pesquisa	38
5.4 As Estratégias de investigação escolhidas na PA	41
5.5 Análise dos dados	49
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	50
6.1 A ESTRUTURAÇÃO DE POLÍTICA MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.	51
6.1.1 ESTRUTURAÇÃO DE POLÍTICA MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO SUS.....	55
APRESENTAÇÃO.....	55
INTRODUÇÃO.....	55
OBJETIVOS.....	66
DIRETRIZES.....	67
RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS	72
6.2 DEMANDAS, DESAFIOS E POTENCIALIDADES DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO COLETIVA DA ESTRUTURAÇÃO DE PMPIC.	75
6.2.1 Demandas do processo de elaboração coletiva da estruturação de PMPIC: estratégias para implantação e implementação tanto das PICS quanto da sua política municipal.....	76
6.2.2 Desafios do processo de elaboração coletiva da estruturação de PMPIC: entre resistências culturais, gestão e fortalecimento do controle social.....	83
6.2.3 Potencialidades do processo de elaboração coletiva da estruturação de PMPIC: A	

educação permanente em saúde como eixo transversal.....	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
APÊNDICE A- TCLE	111
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM	115
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSCAR.....	116

1 APRESENTAÇÃO

Que ventos me trazem até o Mestrado Profissional em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Um pouco desse fluir até o Mestrado Profissional em Gestão da Clínica passa por experiências pessoais e profissionais que se entrelaçam em um caminho contínuo de busca pelas belezas da Vida e do cuidado em saúde. Como cheguei até aqui?

Desde a infância e adolescência, fui profundamente tocada pela grandiosidade e sabedoria da Natureza. Ela, com sua capacidade de nutrir, proteger, acolher, cuidar e deixar seguir sempre me proporcionou bem-estar e profundas reflexões, sendo fonte de aprendizado contínuo e inspiração para compreender as interligações e inter-relações que sustentam a rede da vida.

Durante a graduação em Fisioterapia, fui introduzida a um vasto conjunto de informações e técnicas voltadas ao cuidado profissional. Deste modo, logo após a formação, percebi que estava distanciada de uma conexão essencial: o contato com o vento, o verde, a alegria do amanhecer e dos elementos naturais que tanto acalmavam minha alma e inspiravam meu convívio social. Esse período de afastamento, embora breve, foi suficiente para me fazer sentir uma necessidade visceral de reconectar com minha essência, com os saberes dos meus ancestrais.

A partir dessa redescoberta, iniciei um processo profissional por encontrar tecnologias mais leves, humanizadas, que transcendessem o físico e proporcionassem interligação com o contexto em que as pessoas cuidadas viviam. Nesse período já havia ingressado no Hospital Psiquiátrico Clemente Ferreira de Lins/SP como fisioterapeuta do Estado. E foi nesse histórico que comecei a identificar a potência de Práticas em cuidado que, mais tarde, fariam parte das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) com o advento da Política Nacional de PICS em 2006, como ações que promovem a saúde do planeta, das comunidades e dos indivíduos.

Em 2017, uma nova oportunidade marcou minha trajetória profissional, quando convidada para compor uma equipe que almejava se estabelecer enquanto Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, por esse motivo, comecei a participar de uma proposta de Educação Permanente em Saúde promovida pelo Departamento Regional de Saúde (DRS) III, através do Centro de Desenvolvimento e Qualidade do SUS (CDQ-SUS) que reuniu profissionais

de 24 municípios. Esses encontros criaram um espaço protegido de discussão, troca de experiências, compartilhamento de necessidades, angústias e anseios relacionados às equipes NASF desse DRS III.

No decorrer desses encontros mensais com equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), observou-se que muitas utilizavam Práticas Integrativas e Complementares (PICS) em sua atuação, ainda que enfrentassem barreiras de reconhecimento e apoio por parte das gestões municipais. Em alguns contextos, gestores permitiam a implementação das PICS sem pleno conhecimento de seus benefícios, enquanto outros apenas apoiavam parcialmente, sobrecarregando profissionais. A falta de regulamentação municipal emergiu como desafio central, limitando a institucionalização das PICS e comprometendo sua integração na rede de atenção à saúde.

No entanto, com o incansável apoio técnico e humanizado do CDQ-SUS, o universo em PICS foi se ampliando e em 2019 iniciou a parceria da UFSCAR/DRS III, através de Projeto de Extensão, unindo serviço, ensino e comunidade, com incentivo às pesquisas científicas, acesso a informações relevantes de referenciais teóricos, presença de especialistas em nossas reuniões mensais e tudo isso resultou no entendimento que ter uma política municipal de práticas integrativas e complementares no SUS seria importante para o fortalecimento das PICS nos municípios.

E foi nesse contexto que os ventos da UFSCAR me envolveram. Essa parceria institucional, com o coletivo de profissionais, entendeu que seria necessário montarmos um grupo específico de PICS, desse modo, o grupo do NASF foi mantido e criamos também um grupo de pessoas, com assuntos estritamente voltados para as PICS SUS, sua política nacional e seus desdobramentos.

Em 2022, através do edital para o Mestrado Profissional em Gestão da Clínica da UFSCar, fazendo jus à necessidade que emergiu desse coletivo em PICS, alinhado aos valores e objetivos que sempre nortearam minha trajetória, é que nos dispusemos a esse feito inédito e tão desafiante de elaborar uma estruturação de política municipal de práticas integrativas e complementares no SUS, como dissertação de mestrado profissional, que fosse elaborada com atores-chave em PICS, por meio de uma pesquisa-ação, dada a potência das metodologias participativas de pesquisa.

Este mestrado, portanto, dá voz a um coletivo de profissionais em PICS do SUS e representa a possibilidade de aprofundar conhecimentos, fortalecer práticas de gestão e cuidado

em saúde e contribuir para a consolidação de políticas públicas que promovam a saúde integral no SUS.

Meu percurso pessoal e profissional até aqui reforça meu compromisso com uma abordagem de cuidado que integra saberes técnicos e humanos, conectando ciência, natureza e práticas integrativas em benefício do cuidado aos seres e ao planeta Terra. A realização deste mestrado é, portanto, uma continuidade natural e necessária do meu caminho, buscando potencializar meu impacto na construção de um sistema de saúde mais inclusivo, humano e sustentável.

2 INTRODUÇÃO

2.1 O Cuidado: minha trajetória e outras perspectivas relevantes

Conforme descrevi na apresentação, meu percurso profissional reforça o compromisso com uma abordagem de cuidado que integra saberes técnicos e humanos, conectando ciência, natureza e práticas integrativas em benefício do cuidado aos seres e ao planeta Terra. Minha cultura de cuidado foi fortemente influenciada por minha ancestralidade, que traz as práticas de benzedeiras e as histórias de tradições indígenas. Essa herança cultural desempenhou um papel fundamental na construção da minha visão de saúde como um processo integral e relacional, que transcende os aspectos biomédicos e valoriza os saberes tradicionais e simbólicos. Inspirada por essa perspectiva passou a incorporar elementos culturais e naturais nas minhas práticas profissionais, alinhando-os às demandas contemporâneas de cuidado em saúde.

Durante minha atuação como fisioterapeuta no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), desenvolvi abordagens terapêuticas que integravam a música e as danças de roda aos atendimentos fisioterapêuticos, promovendo não apenas a recuperação funcional, mas também um cuidado que acolhesse a subjetividade dos usuários. Além disso, em parceria com a faculdade de agronomia local, foi implementado o plantio de hortaliças como ferramenta pedagógica, bem como projetos com abelhas sem ferrão, direcionados a adolescentes em Liberdade Assistida. Essas práticas, apoiadas no contato íntimo com a natureza, intencionavam estimular a reconexão com os ciclos naturais e com a essência individual dos jovens, favorecendo o desabrochar da autoestima e a promoção de capacidades em sujeitos muitas vezes fragilizados por suas experiências sociais.

A combinação dessa herança ancestral com uma formação acadêmica, portanto, me impulsionou a buscar abordagens terapêuticas que sintetizassem a ciência tecnológica com saberes tradicionais, saberes sistêmicos que apontassem para a possibilidade de alcançar a complexidade do ser humano. Nesse percurso, aprofundei-me em práticas como Danças Circulares, Reiki, Cromoterapia, Xamanismo e em estudos de meditação, óleos essenciais, plantas medicinais e plantas alimentícias não convencionais (PANC). Essas formações e experiências ampliaram minha compreensão sobre cuidado holístico, permitindo-me desenvolver intervenções que dialogam com a singularidade de cada indivíduo e com os contextos socioambientais em que estão inseridos.

A abordagem holística em saúde convoca uma aproximação entre saber oficial e saber popular e os estudos transculturais terão enorme valia na construção de novas formas integrativas de saúde. Os modelos místicos e diversas culturas tradicionais precisam ser conhecidos, estudados e integrados ao modelo holístico de saúde que se quer (TEIXEIRA, 1996, p. 288).

Ao explorar essa interseção entre saberes holísticos e práticas contemporâneas, reforço a relevância da “integralidade do cuidado” (PINHEIRO; MATTOS, 2006, 2007), mas também destaco a importância de intervenções de “tecnologias leves” ((MERHY; FRANCO, 2003), que promovam a autonomia, a inclusão social e a valorização dos indivíduos em sua totalidade, atendendo às suas necessidades de forma ampliada.

A palavra “cuidado”, em sua essência literal, refere-se a dimensões sociais como zelo, preocupação e desvelo dedicados a alguém, conforme apontado no dicionário Houaiss.

No campo sociológico, Contatore, Malfitano e Barros (2019) ampliam essa perspectiva, afirmando que o cuidado é um atributo essencial à raça humana, “faz parte da biografia humana”, necessário para a sobrevivência e intrínseco às relações interpessoais. Contudo, nas últimas décadas, o conceito de cuidado tem sido progressivamente associado às práticas profissionais em saúde, consolidando-se como um princípio estruturante das ações de atenção e promoção da saúde.

Ainda, para Contatore, Malfitano e Barros (2017), podem ser consideradas algumas classificações do cuidado, porém, por afinidade ideológica, nos aproximaremos mais da abordagem emancipadora e da abordagem política do cuidado, nas quais, estão relacionadas a perspectivas ampliadas, holísticas, indo além das práticas técnicas ou assistenciais, alcançando dimensões éticas, sociais, ambientais e políticas.

Em suas diversas acepções, o cuidado pode ser apreendido enquanto o valor dos valores, o *ethos* fundamental do humano, os projetos de vida com construção de identidade, confiança e responsabilidade, o agir social e político, que se constrói e se dá na interação entre profissionais de saúde e usuários (PINHEIRO, 2007; AYRES, 2009).

Segundo Pinheiro (2005), o cuidado é fruto da experiência de vida circunscrita por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos que produzem um dado modo de agir, que se expressa em ações e práticas de umas pessoas sobre as outras em uma determinada sociedade.

O cuidado em saúde implica também em assumir o compromisso de adotar estratégias que considerem a necessidade de rever e considerar as mudanças de paradigmas para atender um projeto ético político fundamentado no ato cuidador.

A abordagem emancipadora do cuidado se fundamenta numa perspectiva de que o cuidado pode ser entendido como um instrumento de libertação e autonomia dos indivíduos e coletividades (PIRES, 2009).

Ao invés de reforçar dependências, busca-se promover o empoderamento, a coautoria no processo de cuidado e a reconexão com valores comunitários e humanos (BRASIL, 2006). Nesse contexto, o cuidado ultrapassa sua comum institucionalização no campo da saúde, encontrando um elo significativo com as ideias de Paulo Freire em *Conscientização* (1979).

Ambos os conceitos — a emancipação pelo cuidado e a conscientização — convergem para práticas que promovem a ressignificação da saúde, sugerindo abordagens menos dependentes do rigor biomédico.

Inspirada nas contribuições de Paulo Freire, o “cuidado” será aqui entendido como um processo de construção coletiva, que visa não apenas atender às necessidades de saúde imediatas, mas também promover autonomia, protagonismo e transformação social (FREIRE, 1974).

Também tomaremos o cuidado a partir da noção de integralidade, em seu caráter polissêmico, em três conjuntos de sentidos: 1. Como boa prática profissional, 2. Como organização dos serviços de saúde e 3. Como políticas públicas especiais (MATTOS, 2006).

O cuidado como boa prática profissional se expressa na escuta atenta e no reconhecimento das várias dimensões que atravessam a vida do usuário, indo além do diagnóstico e protocolo técnico para acolher suas singularidades e compreender suas necessidades. Nesse sentido, a integralidade se compreende como um valor que permeia a relação do cuidado profissional. Como organização dos serviços de saúde, o cuidado transcende as organizações em que respondem exclusivamente às doenças de uma população. Há que se ter a integralidade como princípio norteador para que os serviços estejam abertos para o entendimento das reais necessidades da população atendida, propósito esse, somente alcançado a partir do diálogo entre os sujeitos, articulando as possibilidades entre a demanda espontânea, que emerge do cotidiano vivido pelos usuários, e a demanda programada, planejada pelos serviços. Como políticas públicas especiais a integralidade vai enfatizar respostas governamentais aos problemas de saúde pública, com ações que incorporem tanto as possibilidades de prevenção como as assistenciais, considerando a complexidade das demandas sociais, respeitando os diferentes modos de viver e adoecer e assegurando o direito à saúde de forma ampla (MATTOS, 2006).

Na abordagem política do cuidado, emerge uma visão crítica do poder que molda a saúde e a sociedade. Merhy (2014) destaca que o cuidado deve ser construído em um contexto democrático, no qual os sujeitos são protagonistas de seus processos de saúde e bem-estar, culminando como um verdadeiro “ato político”, desafiando os paradigmas biomédicos hegemônicos e incorporando a importância da participação comunitária e a “micropolítica do trabalho vivo em ato” (MERHY, 2002) na construção das políticas de saúde, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e das práticas que valorizam os saberes locais e ancestrais.

2.2 SUS – uma breve aproximação histórica e conceitual

O SUS, amplamente reconhecido como o maior sistema público e universal de saúde, promovendo equidade e protagonismo social, se constitui no maior projeto de proteção social do país e sua construção também é fruto de um movimento pela democracia de uma grande mobilização social. Para Santos (2018), essa grande mobilização da sociedade brasileira nos anos 80, voltada para a democratização do Estado, por um projeto de nação e reformas estruturais debatido com a sociedade é tida como a maior da sua história.

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), reflexo da crise nacional e também da crise internacional, teve seu coroamento em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a qual se constituiu em um marco na saúde pública do Brasil, sendo a primeira conferência de saúde com participação popular. A 8ª CNS, além de propor a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso de toda população a todos os serviços, discutiu e elaborou uma concepção de saúde bastante ampliada e vinculada à cidadania, assinalando que o direito à saúde ia além do direito aos serviços de saúde.

As propostas discutidas na 8ª CNS resultaram na inserção de um capítulo da saúde Constituição Brasileira, em 1988, sendo incluídas no artigo 196, em que se estabeleceu a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas”, pautada em um atendimento integral (BRASIL, 1988, p.133). Entre a legislação e o cotidiano dos serviços de saúde do SUS, os usuários, de acordo com suas experiências de cuidado em saúde, vão atribuindo sentidos e significados sobre tanto sobre o cuidado em saúde quanto sobre o SUS que vivenciam.

Paim (2015) aponta diferentes concepções de SUS identificadas a partir de manifestações dos mais diversos atores sociais: SUS real, SUS legal ou formal, SUS ideal ou democrático, e um SUS que não é ideal e nem legal ou SUS para pobres. O SUS enquanto plano de saúde para pobres, que não é legal e nem ideal, reflete um conceito de que saúde pública é coisa para pobre, e de acordo com essa definição, para quem não tem nada ou tem muito pouco, parece que qualquer coisa serve. Assim prevalece a concepção de um sistema baseado em uma medicina simplificada para gente simples, sem incorporar o direito de cidadania (PAIM, 2015).

No SUS real a saúde da economia é mais importante que a saúde do povo. O governo, ao designar uma quantidade de recursos para a saúde, pensa mais no orçamento e no equilíbrio financeiro do que na saúde da população. Esse é o SUS refém da área econômica de cada governo que tem passado pelo Brasil (PAIM, 2015). O SUS formal ou legal corresponde ao que está estabelecido pela Constituição Federal, constituições estaduais, leis orgânicas, decretos, portarias, resoluções, pactos e regulamentos, embora muito distantes da realidade dos serviços públicos em que prevalecem o SUS real e o SUS para pobres (PAIM, 2015).

O SUS democrático ou ideal foi idealizado e desenhado pelo projeto da reforma sanitária brasileira, para assegurar o direito à saúde de todos os brasileiros articulando a saúde a uma reforma social mais ampla, capaz de influir sobre a determinação da saúde e da doença nas populações (PAIM, 2015).

Nessas diferentes modalidades de SUS, a percepção dos usuários sobre o cuidado em saúde é construída a partir das suas experiências concretas, perante suas necessidades de saúde, sofrimentos ou demandas por cuidado. Nessa direção, no cotidiano do SUS o fortalecimento das ações concretas do cuidado integral, que se reverbera na realidade de muitos serviços de saúde, e também a incompletude que se revela nas ações dos profissionais, na organização dos serviços e nas políticas de saúde, se traduzem em desafios na produção do cuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde e do SUS.

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), definida como prioridade nacional para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e organizar o acesso ao SUS (BRASIL, 2011), é uma das maiores experiências de APS no mundo e uma das mais significativas inovações em APS desde Alma-Ata, e ambas, APS e ESF são apontadas como um importante avanço do SUS (FACCHINI, 2018).

Ressalta-se que a APS tem sido mundialmente cada vez mais reconhecida por diferentes atores sociais e institucionais, nacionais e internacionais, tendo em vista a universalização do acesso aos serviços de saúde com resolutividade e qualidade (FACCHINI, 2018; MACINKO; HARRIS, 2015; MACINKO; LIMA COSTA, 2012; MENDES, 2015; PAHO, 2007; STARFIELD, 2002; WHO, 2008).

Nessa direção, o Brasil pode ser considerado um país de vanguarda, ocupando posição de destaque global na produção do cuidado em saúde e no desenvolvimento de modelos que integram saberes integrativos, tradicionais, respeito às culturas populares, práticas de diálogo e amorosidade em políticas públicas de saúde no SUS, a exemplo das políticas: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), Política Nacional de Humanização (PNH), Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS).

Destacamos, assim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que por meio das PICS ofertadas no SUS, corrobora o conceito ampliado de saúde, a compreensão ampliada do processo-saúde-doença-cuidado, tendo como horizonte o SUS enquanto o maior projeto de política de proteção social desse país, e a saúde como direito de todas as pessoas.

2.3 A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) no SUS reforça o vanguardismo do Brasil na promoção de uma saúde inclusiva e humanizada e integra práticas tradicionais e inovadoras, alinhadas às diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2006). Para compreender a relevância dessa política, é importante resgatar, ainda que brevemente, o contexto global dessas abordagens terapêuticas e sua relação com os cuidados primários de saúde promovidos pela OMS.

No contexto internacional, na década de 1970, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada pela OMS em Alma-Ata, antiga capital do Cazaquistão, destacou a saúde como um direito humano fundamental e expressando a necessidade de ações urgentes para a promoção da saúde para todos os povos do mundo. Essa decisão apontava para a protagonização de “todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial” (WHO, 2013).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, bem como entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos eles a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

A Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978), documento síntese desse encontro, reconheceu a necessidade de estratégias integradas para abordar as desigualdades em saúde, especialmente em países em desenvolvimento, estabeleceu como meta “Saúde para Todos” para o ano 2000 e recomendou aos seus países membros valorizar e incorporar as práticas tradicionais aos seus sistemas de saúde, reconhecendo seu papel histórico e cultural em muitas comunidades, como essenciais para o cuidado:

VII - Os cuidados primários de saúde: [...] baseiam-se, aos níveis local e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e para responder às necessidades expressas de saúde da comunidade (WHO, 1978, p.2).

Assim, vale refletir que a inserção de práticas tradicionais nos sistemas públicos de saúde não devem ser interpretada a partir do entendimento da APS seletiva, ou seja, aquela voltada para pessoas e regiões pobres, com ações e tecnologias simples e de baixo custo e pessoal de baixa qualificação profissional. Pelo contrário, os saberes e cuidados tradicionais e integrativos vêm para ampliar o acesso, requalificando o cuidado em uma perspectiva holística, alinhados à compreensão da APS como estratégia de reorganização dos serviços de saúde com enfoque de saúde como direito humano.

No Brasil, durante o movimento da RSB, essa compreensão de APS reordenadora articulou-se à concepção de processo saúde-doença fundamentada na teoria da determinação social, diferenciando-se dos fundamentos da corrente que focava nos determinantes sociais da saúde sem o devido desvelamento dos nexos de determinação, sobretudo quando não explicita a relação entre o sistema político-econômico hegemônico e a produção e manutenção das desigualdades e iniquidades sociais (BREILLH, 2013; SILVA; LIMA, 2024).

Essa lógica se diferenciou do contexto mundial, uma vez que os principais disseminadores das políticas de saúde globalmente, tal como a OMS, têm adotado a abordagem de Determinantes Sociais da Saúde para o processo saúde-doença, cuja visão se restringe à constatação das variáveis determinantes do processo de adoecimento, sem aprofundamento nas relações de produção, de reprodução social e sua influência na dinâmica social de exploração e mercado e suas implicações no campo da saúde (BREILLH, 2013; SILVA; LIMA, 2024).

Nesse sentido, ao longo dos mais de 30 anos do SUS, observa-se também que sua implementação tem sido fortemente influenciada pelo modelo político-econômico vigente, fundamentado nos princípios do neoliberalismo (PAIM, 2018; MENDES; CARNUT, 2020), o que distancia ainda mais a compreensão do processo saúde-doença na direção da teoria da determinação social.

Isto posto, retomando o processo de inserção das MTCTI nos sistemas públicos de saúde no mundo, destaca-se o papel da OMS, sobretudo seus documentos técnicos “WHO Traditional Medicine Strategy 2002–2005”, “WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023” e “Draft global traditional medicine strategy 2025–2034”, que assinalam o compromisso de estratégias de estrutura política, garantia de segurança, qualidade e eficácia, ampliação do acesso e uso racional dessas abordagens na esfera mundial (WHO, 2002; 2014; 2024).

Os documentos tratam de avanços significativos e convidam a avaliar o progresso da implementação da estratégia da OMS e os futuros passos das MTCTI em várias direções, dentre as quais trazemos algumas para exemplificar: necessidade de ampliar pesquisas, dado aumento do uso das MTCTI; refletir sobre a natureza de práticas formais e informais e regulamentação de profissionais; avançar na regulamentação dos diversos produtos usados; inclusão das MTCTI nas políticas nacionais, observando e evitando cerceamentos (VON SCHOEN-ANGERER et al., 2023).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Medicina Tradicional, Complementar e Integrativa (MTCTI) como abordagens de cuidado de saúde, baseadas em teorias, crenças e experiências originárias de diferentes culturas, utilizadas para promoção da saúde, prevenção e recuperação, levando em consideração o ser integral (WHO, 2013). Essas práticas incluem desde sistemas médicos complexos, como a Medicina Tradicional Chinesa, a Ayurveda, e terapias específicas como fitoterapia e práticas indígenas.

Retomando, no Brasil, a pluralidade terapêutica no SUS se dá por meio da oferta de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), desde a década de 80, mesmo antes da PNPIC.

Vale ressaltar que a PNPIC tem como marco teórico, as Racionalidades Médicas (RM), trabalho seminal de Madel Luz (BARROS; SIEGEL; SIMONI, 2007).

O SUS é um campo fértil para o reconhecimento de outras racionalidades médicas, cuja presença pode fortalecer o princípio da integralidade. Contudo, submeter essas práticas aos critérios exclusivos da biomedicina pode limitar sua legitimidade e potência. É necessário construir formas democráticas de validação, com participação ativa de gestores, profissionais e usuários. Investir e legitimar a oferta de outras racionalidades médicas no SUS é um movimento profícuo e potencial no sentido de enriquecer e ampliar o coeficiente de integralidade nas práticas do SUS (TESSER; LUZ, 2008).

A PNPIC no SUS, foi publicada, inicialmente, por meio da portaria ministerial nº 971, de 3 de maio de 2006, contemplando cinco práticas integrativas: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia e Medicina Antroposófica, com diretrizes e responsabilidades institucionais (BRASIL, 2006).

Em 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 novas práticas a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 849/2017, totalizando 19 práticas que ampliam as abordagens do cuidado e as possibilidades que os profissionais de saúde passam a ter para suas terapêuticas. Essas práticas incluem: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexologia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017).

E em 21 de março de 2018, através da Portaria GM/MS nº 702, institui-se 10 novas práticas integrativas na PNPIC, tais como: Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais.

A seguir a Figura abaixo mostra todas as PICS presentes na PNPIC atualmente.

Figura 1: Mandala do pluralismo em saúde no SUS. As PICS presentes na PNPIC.



Fonte: Elaboração própria.

A PNPIC posicionou o Brasil na vanguarda das práticas integrativas em sistemas universais de saúde (BRASIL, 2018).

A PNPIC é reconhecida internacionalmente, pela OMS e por diversos países, como uma referência em implantação das medicinas tradicionais e complementares em um sistema nacional de saúde, sendo este um dos principais motivos pelo qual essas práticas são incorporadas de forma integrada no cuidado à saúde no SUS, e não inseridas como uma estrutura alternativa ao sistema, como em alguns países. Desde a implantação da Política Nacional, em 2006, diversos estados e municípios vêm incluindo e normatizando a oferta das PICS definidas nacionalmente, e de outras práticas integrativas, a partir de normatizações estaduais e municipais (BRASIL, 2018, p. 10).

A atualização do cenário nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, com base no Relatório de Monitoramento Nacional de PICS de 2017 a 2023, revela

avanços significativos na institucionalização dessas práticas no SUS. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, desde sua instituição em 2006, consolidou-se como marco orientador para a implementação das PICS, fornecendo diretrizes que têm sido fundamentais para a criação e o fortalecimento de políticas estaduais e municipais.

A autonomia federativa, garantida pela estrutura descentralizada do SUS, permite que estados e municípios decidam sobre a adesão às recomendações da PNPIC e sobre a elaboração de políticas próprias. Essa autonomia se reflete na diversidade de estratégias adotadas nos territórios, respeitando as especificidades regionais, a demanda da população e as condições operacionais das redes de saúde. A gestão nacional reforça que a oferta das PICS deve estar fundamentada em critérios técnicos e epidemiológicos locais, assegurando qualidade, segurança e efetividade dos serviços prestados (BRASIL, 2024).

Até março de 2024, segundo a atualização do Relatório de Monitoramento Nacional das PICS (2017-2023) já se registrava a realização de procedimentos de PICS na totalidade dos Estados brasileiros e Distrito Federal, o que indica uma ampliação expressiva do acesso e da presença dessas práticas nos serviços públicos de saúde. Nesse cenário, sete unidades federativas já contam com Política Estadual de PICS (PEPIC) com financiamento próprio – Amapá, Bahia, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Outros seis estados formalizaram suas políticas, embora ainda sem financiamento específico: Espírito Santo, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Santa Catarina. Além disso, nove estados estão com propostas de políticas em análise, o que aponta para uma tendência de expansão e institucionalização contínua (BRASIL, 2024).

Segundo os dados oficiais, o número de equipes de saúde que ofertam PICS aumentou 109% no período analisado, refletindo não apenas maior adesão institucional, mas também um interesse crescente dos profissionais de saúde em incorporar abordagens integrativas ao cuidado convencional. Essas equipes incluem Saúde da Família, Atenção Primária, Saúde Bucal, Saúde Prisional, Consultório na Rua e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família, indicando a transversalidade das PICS nos diferentes dispositivos da Rede de Atenção à Saúde. Além disso, o número de estabelecimentos de saúde que registram procedimentos de PICS cresceu 85%, e o número de municípios com oferta registrada aumentou 31% no mesmo intervalo (BRASIL, 2024).

Esses dados evidenciam a expansão e interiorização das práticas, para além das capitais e grandes centros urbanos, refletindo um fortalecimento institucional da política nacional.

Tal avanço evidencia a ressignificação do cuidar indicando uma resposta concreta à demanda social por um cuidado mais humanizado, plural e centrado nas necessidades integrais dos sujeitos.

Algumas PICS promovem uma nova cultura de cuidado. Ampliam a percepção da população para o sentido da autonomia e autocuidado, a depender do seu aplicador, como enfatizam Tesser e Dallegrave (2020), e podem trazer uma escuta acolhedora, ampliar a construção de laços terapêuticos conectando ser humano, meio ambiente e sociedade.

Com as PICS o usuário SUS pode tornar-se protagonista, colaborando ativamente no seu processo de cuidado e cura, especialmente devido ao potencial desmedicalizador dessas práticas, a singularidade do indivíduo e o olhar integrativo na saúde (BENELI et al., 2024; SPINDOLA et al., 2023; TESSER; BARROS, 2008).

Destacamos, assim, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, que por meio das PICS ofertadas no SUS, corrobora o conceito ampliado de saúde, a compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado, tendo como horizonte o SUS enquanto o maior projeto de política de proteção social desse país, e a saúde como direito de todas as pessoas.

3 JUSTIFICATIVA

As Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas (MTCI) reúnem diversas terapias e práticas em saúde, diferentes sistemas médicos e racionalidades médicas (BARROS; LUZ, 2012; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Alguns desses sistemas, racionalidades e práticas pertencem a tradições, saberes e conhecimentos ancestrais de culturas milenares e se constituem em tecnologias de inovação em saúde. As MTCI são uma parcela importante da atenção à saúde, utilizadas em quase todos os países, com demanda contínua e crescente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2023).

O reconhecimento das PICS como uma abordagem essencial ao cuidado vem se consolidando mundialmente. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), 88% dos países ao redor do planeta adotam práticas terapêuticas como medicinas indígenas, fitoterápias e acupuntura em seus sistemas de saúde (OPAS, 2023).

No âmbito das Américas, a OPAS identificou que 17 países e territórios possuem legislações e políticas específicas para garantir a inclusão e valorização desses conhecimentos tradicionais, assegurando que sejam acessíveis dentro das estruturas institucionais. Esse movimento reforça a compreensão da saúde como um processo integral, que considera as dimensões físicas, emocionais, mentais e espirituais do ser humano. Dessa forma, promove-se um cuidado holístico e alinhado às necessidades das populações (BRAGA, 2019; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2023).

No Brasil, para essas abordagens foi adotada a terminologia Práticas Integrativas e Complementares (PICS), as quais são ofertadas no SUS e integram a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) publicada em 2006 (BRASIL, 2015).

Barbosa et al. (2019), ao analisarem a oferta de PICS na Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva de profissionais de saúde e de usuários, mostram que ambos avaliam as PICS de forma positiva. Por outro lado, a institucionalização dessas abordagens no SUS ainda enfrenta barreiras que tornam sua oferta frágil e instável, dificultando também seu monitoramento e avaliação (BENELI et al., 2024; SOUSA et al., 2012).

Nesse cenário, é importante ressaltar que a valorização das MTCI no Brasil se articula com um conjunto de políticas públicas que reconhecem a pluralidade dos saberes e modos de cuidado presentes nos diversos territórios. No campo das medicinas tradicionais, destacam-se políticas como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNAPI), a Polí-

tica Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano e Romani e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). Essas diretrizes reconhecem, protegem e buscam integrar os sistemas de saúde próprios desses povos ao SUS, valorizando suas práticas ancestrais e suas formas de compreensão do processo saúde-doença (BRASIL, 2002, 2013, 2018b).

Além disso, outras políticas se vinculam às medicinas integrativas, como a própria Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), que tem possibilitado a inserção de diversas abordagens terapêuticas na rede pública de saúde. A essa política se somam o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), que também compartilha uma visão ampliada de cuidado, promovendo a autonomia, a participação social e o reconhecimento da diversidade epistemológica no campo da saúde, em consonância com a PNAB de 2011. Juntas, essas iniciativas expressam o compromisso do SUS com a ampliação do cuidado integral, o respeito à interculturalidade e a superação de um modelo hegemônico único (BRASIL, 2006, 2006b, 2011).

A institucionalização permite que ações e políticas transcendam governos ou gestos específicos, garantindo que continuem existindo mesmo diante de mudanças políticas. Isso é particularmente relevante em contextos onde a ausência de institucionalização pode levar ao abandono de projetos importantes com a troca de lideranças. A exemplo do SUS no Brasil, políticas que foram institucionalizadas na Constituição Federal garantem direitos permanentes ao acesso à saúde (AZEVEDO; PELICIONI, 2011; BRASIL, 1988).

Embora as PICS sejam cada vez mais reconhecidas pelo seu potencial em aumentar o coeficiente de integralidade no SUS (TESSER; LUZ, 2008), sua implantação, implementação e institucionalização na prática, ainda encontra muitos desafios. Dentre estes desafios estão a necessidade de inserir as PICS nos instrumentos de gestão como, por exemplo, os planos municipais de saúde, nas pautas dos conselhos municipais, criação de comissões ou núcleos responsáveis por PICS, criação de legislação e políticas municipais, de programas específicos, ações de monitoramento de avaliação das PICS (SANTOS; TESSER, 2012; SOUSA et al., 2014).

No estado de São Paulo, dentre os 24 municípios do Departamento Regional de Saúde de Araraquara, o DRS III, 20 ofertam alguma prática integrativa e complementar, o que significa um avanço no acesso dessas abordagens no SUS. No entanto, o processo de institucionalização permanece incipiente, pois as PICS até o momento não são contempladas nos instrumentos de gestão, não são priorizadas na agenda de ações de saúde, apenas dois municípios

possuem legislação municipal para as PICS e um com comissão municipal de PICS (SPINDOLA et al., 2021).

Neste contexto, coloca-se como problema de pesquisa que a ausência de uma política municipal dificulta a implantação e implementação das PICS no SUS. Diante desse cenário, partimos do pressuposto que a existência de uma política municipal para PICS pode contribuir para organizar, planejar e desenvolver ações com estas abordagens terapêuticas, e assim favorecer sua implementação, institucionalização e legitimação no Sistema Único de Saúde.

O processo de formulação de políticas públicas de saúde, para que sejam cumpridas suas finalidades, tem como conteúdo básico requisitos organizados nos seguintes tópicos:

A introdução, na qual ficam explicitadas as bases legais e a justificativa para o estabelecimento; o propósito, que delimita o raio de ação da política e constitui a base para a avaliação do seu impacto; as diretrizes para o alcance de seu propósito; as responsabilidades institucionais em que são apresentadas as parcerias a serem buscadas com vistas à intersetorialidade das ações; e os parâmetros para a sua avaliação (BRASIL, 1998, p.8).

Ante ao contexto e considerações apresentadas tem-se a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as demandas, desafios e potencialidades presentes no processo de formulação de uma Política Municipal de PICS por um coletivo de atores-chave das PICS? Frente às perspectivas apontadas, a seguir são apresentados os objetivos da presente investigação.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Elaborar coletivamente uma estruturação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, junto a atores-chave das PICS.

4.2 Objetivo específico

Analisar as demandas, os desafios e as potencialidades do processo coletivo de formulação de uma estruturação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, junto a atores-chave das PICS.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 O caminho percorrido na pesquisa-ação

Neste capítulo, apresentamos o percurso metodológico escolhido no nosso caminhar. Optamos por realizar uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio da pesquisa-ação.

Figura 2: Caminho percorrido.



Fonte: Fotografado pela autora.

Foto: Entre um território e outro: a beleza do caminho!

A pesquisa exploratória é geralmente adotada quando o pesquisador ainda não possui informações suficientes sobre o problema de pesquisa e necessita maior clareza da realidade a ser estudada, proporcionando maior proximidade com o problema a ser investigado para a melhor construção do pressuposto. Sobretudo quando se trata das Ciências Sociais, nas quais o problema da vida prática se vincula à intenção teórica e intelectual de alcançar solução na vida da população-alvo, o estudo exploratório visa ajudar a responder algumas dificuldades em pesquisa (TRIVIÑOS, 2008).

Ela compreende desde a etapa da construção do projeto até os procedimentos e testes na entrada em campo, contendo a escolha do tópico de investigação, a delimitação do proble-

ma, a definição do objeto e objetivos, a construção de pressupostos e do marco teórico conceitual, a elaboração dos instrumentos de coleta de dados e da exploração do campo (MINAYO, 2014). Dessa forma, o estudo exploratório alcança um conhecimento mais completo e mais adequado da realidade.

A abordagem qualitativa trabalha com o mundo dos significados das ações humanas, sendo um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis e prevê como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação do pesquisador com os atores sociais envolvidos (MINAYO, 2016).

A pesquisa qualitativa se caracteriza por utilizar uma abordagem de observação mais próxima ao fenômeno social de interesse, demonstrando sensibilidade às peculiaridades do contexto, propondo-se a dizer algo sobre o mundo de atitudes, crenças, valores, intenções e significados colocados na ação dos participantes em questão (CARDANO, 2017).

Essa abordagem trabalha com a noção de construção social da realidade, assim, tem interesse nas perspectivas dos participantes, suas práticas cotidianas e em seus conhecimentos relativos ao fenômeno em estudo. Os métodos e técnicas utilizadas devem ser harmonizadas com essas premissas, ou seja, devem ser determinados pela pergunta de pesquisa e devem permitir o entendimento dos processos e relações sociais (FLICK, 2009).

Na área de investigação, a pesquisa qualitativa se situa no contexto, buscando entender de que forma ele molda o que as pessoas pensam, fazem e têm a dizer. Observa como os processos se desenrolam ao longo do tempo. Dá voz aos participantes, buscando relatar suas perspectivas individuais sobre as situações e pode revelar conceitos existentes ou emergentes que ajudam a explicar o comportamento social humano (LIMA; ROSA; AGUIAR, 2022). Essas atitudes também são imprescindíveis na abordagem da pesquisa-ação (PA).

A PA é uma pesquisa de natureza participativa e reflexiva, na qual acontece um engajamento dos participantes por meio de um processo colaborativo de transformação social (DICK, 2023b). A pesquisa-ação é uma estratégia de pesquisa que objetiva resolver um problema coletivo, de um local, integrando ação, reflexão e ação em uma espiral contínua e colaborativa entre pesquisador e os participantes interessados. É uma autorreflexão coletiva empreendida pelos envolvidos, que buscam a racionalidade e a justiça de suas práticas sociais e educacionais, bem como o entendimento dessas práticas e das situações em que elas ocorrem (TRIPP, 2005).

Para Barbier (2007) a pesquisa-ação reconhece que o problema nasce em um contexto

preciso de necessidade ou problema de um grupo. O pesquisador não o provoca, mas constata-o, e seu papel consiste em ajudar a coletividade a determinar todos os detalhes mais cruciais ligados ao problema, por uma tomada de consciência dos atores do problema numa ação coletiva.

Para Dick (2023a, 2023b, 2023f), a pesquisa-ação (PA) pode ser descrita como ação e pesquisa com um duplo propósito simultâneo: ação ou mudança e pesquisa ou compreensão. Embora um dos dois componentes possa ser enfatizado, tanto a mudança quanto à compreensão são desejáveis e podem se complementar mutuamente. Trata-se de um processo iterativo, constituído pelos seguintes requisitos essenciais: reflexão crítica, participação e rigor, o qual tem por base o comprometimento e a flexibilidade. A PA também pressupõe uma natureza cíclica ou espiral:

... ação → reflexão → ação ...

Na PA, o processo de mudança pode considerar quatro diferentes etapas: 1) Entrada e contrato, apresentada mais detalhadamente a seguir; 2) Diagnóstico, entendido como a mudança que se deseja. 3) Intervenção, se trata da ação ou das ações para alcançar a mudança desejada, e 4) Encerramento: saída do cenário de pesquisa. Na prática estas etapas não são uma sequência linear. Deste modo, optamos por empregar o termo “momento” para se referir às fases da pesquisa-ação desenvolvida neste estudo, inspirando-se na concepção proposta por (MATUS, 1993, p. 297).

Para o autor, um momento não possui início ou fim rigidamente delimitado no tempo, tampouco representa algo concluído ou superado. Ao contrário, ele permanece em continuidade com os demais, compondo um processo dinâmico e entrelaçado. A divisão em quatro etapas é uma simplificação que pode ser útil didaticamente, assim vale enfatizar que as etapas se sobrepõem ao longo de todo o processo investigativo (DICK, 2023b, 2023c).

A entrada e o contrato são imprescindíveis na PA. Para tanto, são considerados os compromissos, as responsabilidades e papéis a serem construídos e assumidos, a construção do relacionamento com qualidade, a construção de confiança, os acordos sobre os modos de participação, a empatia, a franqueza, abertura, o grau de envolvimento e a comunicação. Na construção dos relacionamentos o autor destaca o *rapport* que ele denomina com um estado de ‘sintonia’ e de interação. Todas essas características não acontecem apenas no começo da PA e precisam ser revisitadas ao longo de todo seu desenvolvimento (DICK, 2023b, 2023c).

5.2 Local de estudo

O cenário do estudo é constituído por seis municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde de Araraquara – DRS III, do Estado de São Paulo, a saber: Américo Brasiliense, Boa Esperança do Sul, Gavião Peixoto, Itápolis, Tabatinga e Taquaritinga. Para melhor situar os cenários da pesquisa, os quais, ao longo deste estudo, serão referidos como territórios, apresentamos a seguir os mapas das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), bem como das regiões do DRS III, dos quais fazem parte os municípios supracitados.

Figura 3: Estado de São Paulo, Segundo RRAS e DRS, 2024.

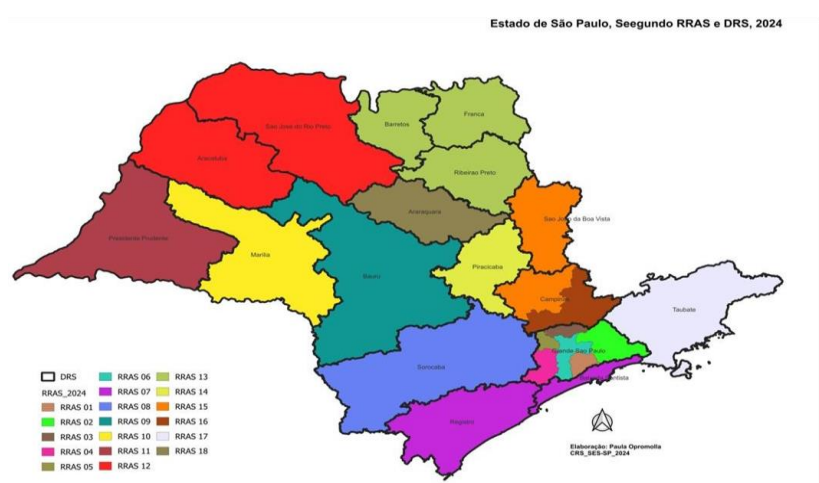


Figura 4: Estado de São Paulo, segundo Regiões de Saúde e RRAS, 2024.

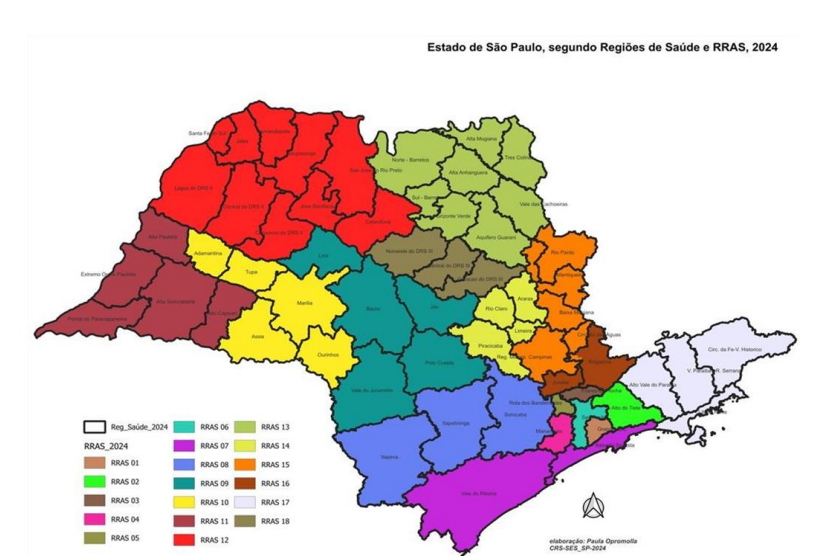


Figura 5: Região Central do DRS III, 2024.



Fonte: (COSEMS/SP, 2026).

Figura 6: Região Central do DRS III, 2024.



Fonte: (COSEMS/SP, 2026).

Neste estudo, a seleção dos municípios se deu por serem municípios que ofertam alguma PICS no SUS e por participarem do Grupo de Trabalho de Práticas Integrativas e Complementares (GT PICS DRS III/UFSCar), independentemente da região da qual fazem parte.

5.3 Participantes da pesquisa

A participação é um processo flexível em permanente construção, sustentada em movimentos de transformação, e que vai sendo desenvolvida e aprimorada ao longo da pesquisa-ação (GATTO JÚNIOR et al., 2018). Isso implica compreender que todos os possíveis interessados se encontrem envolvidos ou, ainda, que tenham tido a chance de poder se envolver (DICK, 2023d, 2023e).

Considerando também a importância dos diferentes atores e sua participação no contexto da formulação de políticas públicas (ARAÚJO; MACIEL, 2001; MATTOS; BATISTA, 2011), e no contexto das PICS (TESSER; BARROS, 2008; SOUSA, 2014), fizeram parte dessa pesquisa atores-chave que têm afinidade com as PICS e apoiam sua oferta no SUS. Assim sendo, para a seleção de participantes desta pesquisa, foram considerados os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão de participantes:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Apoiar a oferta de PICS no SUS, sendo ou não um trabalhador do SUS;
- Residir ou trabalhar em um dos seis municípios do DRS III.

Critérios de exclusão de participantes:

- Ter idade inferior a 18 anos;
- Não apoiar a oferta de PICS no SUS;
- Não residir ou não trabalhar em um dos seis municípios do DRS III.

Seleção das participantes:

Algumas das participantes da presente pesquisa-ação, especificamente oito delas, já integravam previamente o Grupo de Trabalho de Práticas Integrativas e Complementares (GT PICS DRS III/UFSCar). Este grupo de trabalho é vinculado ao Departamento de Enfermagem da UFSCar, via projeto de extensão, e ao Departamento Regional de Saúde III (DRS III), via Centro de Desenvolvimento da Qualidade para o SUS (CDQ-SUS), Humanização e Educação Permanente em Saúde.

O GT PICS é formado por profissionais de saúde da assistência e da gestão do SUS dos municípios que integram o DRS III; por profissionais da gestão do DRS III e por estudan-

tes de graduação, de pós-graduação e docentes do Departamento de Enfermagem da UFSCar.

Em reunião específica realizada com o coletivo do GT PICS DRS III/UFSCar, foi apresentada a proposta, o título e os detalhes da pesquisa, que teria como objetivo geral construir, de forma colaborativa, uma Estruturação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC), a partir de uma abordagem metodológica participativa.

Na ocasião, esclareceu-se que a participação envolveria uma sequência de oficinas presenciais e virtuais, distribuídas ao longo de ciclos da pesquisa-ação, e que seria necessário o comprometimento contínuo com as atividades planejadas. A seleção dos municípios participantes baseou-se, portanto, em dois critérios principais: (1) a assiduidade das representantes municipais no GT PICS DRS III/UFSCar ao longo das reuniões anteriores; e (2) a disponibilidade para participação ativa nas etapas da pesquisa-ação.

Com base nesses critérios, seis municípios aderiram formalmente à proposta, nas quais serão denominados por cores, a fim de mantermos o sigilo necessário para a pesquisa. Sendo eles: Amarelo, Azul, Branco, Rosa, Verde e Violeta. Após sua entrada na pesquisa, de acordo com um combinado entre estas e as pesquisadoras, as oito participantes assumiram a responsabilidade de convidar, em seus respectivos territórios, até três ou quatro atores-chave com reconhecido grau de envolvimento com as PICS, considerando os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

O fundamento para esses convites locais foi a identificação de sujeitos com trajetória de atuação, defesa ou vivência significativa nas práticas integrativas, conforme o entendimento das representantes municipais - as próprias representantes do GT PICS DRS III/UFSCar. Essa estratégia permitiu a composição de grupos locais heterogêneos e implicados com o campo das PICS, contribuindo para a elaboração de estruturação coletiva de políticas alinhadas às realidades e potências de cada território.

A composição heterogênea do grupo participante da pesquisa-ação, destacando sua afinidade pela ampliação do cuidado através das PICS no SUS e sua composição por profissionais de diferentes áreas, gestoras e praticantes das PICS, foi estratégica para assegurar a pluralidade de saberes e experiências no processo de construção da estruturação de política. Essa diversidade possibilitou que a estruturação de PMPIC refletisse as realidades e necessidades dos territórios envolvidos, alinhando-se ao princípio da integralidade do SUS e à diretriz da participação social prevista na PNPIC (BRASIL, 2015).

O passo seguinte foi agendar uma reunião online com as pessoas indicadas pelas participantes do GT PICS DRS III/UFSCar. Durante essa reunião, após o acolhimento inicial, as

pesquisadoras apresentaram o título, os objetivos e os detalhes da pesquisa aos novos integrantes municipais, proporcionando um entendimento claro do seu propósito e durante a reunião, sanaram as dúvidas existentes.

Após o aceite do grupo, as pesquisadoras e as participantes construíram pactos e combinados referentes à data, horário, dinâmica e proposta das atividades das futuras oficinas.

Deste modo, e considerando a recomendação para número de participantes em atividades grupais, a pesquisa contou com 18 participantes, cuja caracterização é apresentada no Quadro abaixo. As oito participantes do GT PICS DRS III/UFSCar estão destacadas em negrito, diferenciando das demais participantes do território.

Quadro 1: Caracterização das participantes da pesquisa, por idade, identidade de gênero, profissão, função atual e município, em 2024.

Faixa etária	Identidade de gênero	Profissão	Função e local de trabalho atual	Município fictício
31 a 35 anos	Mulher Cisgênero	Esteticista	Agente Comunitária de Saúde na USF	Azul
36 a 40 anos	Mulher Cisgênero	Agente Comunitária de Saúde	Agente Comunitária de Saúde em USF	Violeta
36 a 40 anos	Mulher Cisgênero	Fonoaudiologia	Articuladora em UBS, USF e NASF	Amarelo
36 a 40 anos	Mulher Cisgênero	Enfermagem	Coordenação de Equipe Multi-disciplinar- Educação Permanente em UBS e NASF	Azul
36 a 40 anos	Mulher Cisgênero	Agente Comunitária de Saúde	Agente Comunitária de Saúde em USF	Amarelo
36 a 40 anos	Mulher Cisgênero	Psicologia	Psicóloga - Coordenadora de Saúde Mental em Centro de Saúde	Rosa
36 a 40 anos	Mulher Cisgênero	Terapia Ocupacional	Terapeuta Ocupacional do NASF	Branco
36 a 40 anos	Mulher Cisgênero	Farmácia	Farmacêutica da UBS	Verde
36 a 40 anos	Homem Cisgênero	Jornalismo	Jornalista e Assessor Político	Violeta
36 a 40 anos	Mulher Cisgênero	Zootecnia	Supervisora da Vigilância Epidemiológica e membro do CMS	Branco
46 a 50 anos	Mulher Cisgênero	Fonoaudiologia	Fonoaudióloga - UBS, NASF e Centro de Reabilitação	Verde
46 a 50 anos	Mulher Cisgênero	Administração de Empresas	Vereadora	Azul
46 a 50 anos	Mulher Cisgênero	Serviço Social	Coordenadora da Saúde Mental	Rosa

46 a 50 anos	Mulher Cisgênero	Biologia	Vereadora	Branco
51 a 55 anos	Mulher Cisgênero	Nutrição	Nutricionista em UBS, USF e NASF	Amarelo
Acima de 60 anos	Mulher Cisgênero	Professora Aposentada	Vereadora	Violeta
Acima de 60 anos	Homem Cisgênero	Educação Física	Educador Físico da Saúde	Branco
Acima de 60 anos	Mulher Cisgênero	Psicologia	Psicóloga do NASF	Violeta

Fonte: Elaboração própria.

5.4 As Estratégias de investigação escolhidas na PA

Para o desenvolvimento desta PA, as estratégias de investigação escolhidas para a produção dos dados foram a análise documental e as oficinas.

Análise documental

A análise documental é recomendada em algumas situações para desvelar novos aspectos de um problema ou de um tema, e tem a função de complementar as informações conseguidas por meio de outras técnicas (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

De acordo com Pádua (2005), o estudo documental tem sido muito utilizado na área das ciências sociais como estratégia para descrever e comparar fatos sociais. O autor orienta esse tipo de estudo a partir de documentos autênticos, contemporâneos ou retrospectivos.

Segundo Minayo (2001, 2006), na perspectiva da pesquisa qualitativa, a análise documental é compreendida como uma técnica que permite ao pesquisador acessar documentos originais, ainda não submetidos a sistematizações prévias, a fim de extrair deles informações relevantes ao objeto de estudo. Trata-se de um processo que não se restringe à descrição do conteúdo, mas exige um olhar interpretativo e crítico capaz de apreender os sentidos implícitos nos textos e seus contextos de produção.

Essa abordagem analítica implica reconhecer a intencionalidade dos registros e compreender as representações sociais neles contidas. A análise documental, nesse sentido, pode ser utilizada de forma complementar a outras técnicas da pesquisa qualitativa, contribuindo para ampliar a densidade interpretativa do estudo. Ao transformar dados brutos em achados

significativos, esse procedimento oferece subsídios importantes à investigação dos sentidos atribuídos pelos sujeitos, favorecendo uma leitura mais ampla da realidade estudada (MINAYO, 2001, 2006).

Na pesquisa-ação a análise documental também é considerada uma das diferentes formas de coleta de dados (DICK, 2023f).

Considerando-se que o GT PICS DRS III/UFSCar realiza reuniões periódicas desde 2019, predominantemente mensais, a fonte utilizada para análise documental desta PA realizada em 2024, foi composta pelos registros das reuniões realizadas ao longo do ano de 2023, conforme ilustrado no quadro 2. A escolha desse recorte temporal se justifica pelo fato de que, em 2023, os registros dos encontros do grupo estavam mais sistematizados que nos anos anteriores.

Quadro 2: Distribuição dos registros do GT PIC DRS III/UFSCar por número de encontros, data, tipo, municípios participantes e modalidade.

Número do encontro	Data	Tipo de Registro	Municípios	Modalidade
Encontro 1	15/fevereiro 2023	Transcrição	São Carlos, Porto Ferreira, Taquaritinga, Tabatinga.	Online
Encontro 2	15/março 2023	Memória - Narrativa	São Carlos, Taquaritinga, Tabatinga, Boa Esperança.	Presencial (São Carlos)
Encontro 3	05/abril 2023	Síntese	Taquaritinga, Boa Esperança, Gavião Peixoto, Itápolis, Tabatinga, Américo Brasiliense, São Carlos, Porto Ferreira, Nova Europa	Online
Encontro 4	19/abril 2023	Memória e Transcrição	Taquaritinga, Boa Esperança, São Carlos, Nova Europa.	Online
Encontro 5	17/maio 2023	Transcrição	Taquaritinga, Porto Ferreira, São Carlos, Boa Esperança, Gavião Peixoto	Online
Encontro 6	14/junho 2023	Memória e Síntese	São Carlos, Tabatinga, Porto Ferreira	Online
Encontro 7	16/agosto 2023	Narrativa e Síntese	Porto Ferreira, São Sebastião, Itápolis, Tabatinga, Rio Claro, São Carlos, Gavião Peixoto, Américo Brasiliense.	Online
Encontro 8	13/setembro 2023	Transcrição	São Sebastião, Itápolis, Tabatinga, Rio Claro, São Carlos, Gavião Peixoto, Américo Brasiliense, Nova Europa, Taquaritinga.	Online
Encontro 9	18/outubro 2023	Transcrição	São Carlos, Porto Ferreira, Tabatinga, Taquaritinga, Itápolis, Rio Claro, São Sebastião.	Online
Encontro 10	29/novembro 2023	Apresentações e Planejamento do IV Fórum de Práticas Integrativas	Porto Ferreira, Taquaritinga, Rio Claro, Tabatinga, Nova Europa.	Presencial (São Carlos)

Fonte: Elaboração própria.

Dos dez encontros, dois foram presenciais e oito foram online, pelo Google Meet. Dos encontros virtuais, quatro foram gravados e transcritos. Assim sendo, dos registros do ano de 2023, quatro são transcrições na íntegra dos encontros online e seis são memórias de encontros.

Nos registros dos encontros foram identificadas expectativas, desafios, temas recorrentes e significativos de relevância para o objetivo deste estudo, bem como a necessidade do grupo em elaborar uma estruturação de uma política municipal de PICS, os quais são apresentados no capítulo dos resultados e discussões.

Oficinas

A opção por essa estratégia de investigação se justifica por ser um processo pluridimensional, criativo, coletivo, participativo, cujo desafio é a criação coletiva a partir dos recursos do próprio grupo, partindo da prática de cada um em seu cotidiano e que coaduna os fundamentos da educação permanente em saúde (BRASIL, 2004, 2009).

A característica principal da oficina é a possibilidade de proporcionar um espaço de reflexão sobre a práxis. Assim, as oficinas possibilitam trazer o sujeito como autor da ação, por meio da participação crítica e da valorização dos saberes oriundos da prática sobre o fenômeno estudado, potencializando a ampliação do conhecimento dos sujeitos (CHIESA; WESTPHAL, 1995).

Nesta PA, durante todas as oficinas, foi produzida a escrita coletiva da estruturação de PMPIC e as mesmas foram realizadas nas modalidades, presencial e online. O local e a duração dos encontros foram combinados previamente de acordo com a disponibilidade das participantes. Conciliar as agendas foi um desafio constante do grupo ao longo do processo, e superado com esforço conjunto, tal como expresso na fala de uma das participantes na oficina oito traduz esse contexto:

“Organizar a agenda [dos nossos encontros] diante das demandas do serviço em que trabalho” (QUARTZO ROSA, oficina 8)

Todas as oficinas foram registradas com diferentes recursos:

- Escrita das participantes da pesquisa em folha de papel A4 e almoço, via Google Forms, via Whatsapp.
- Gravação do Google Meet e gravação de voz via Whatsapp.
- Diário de campo das pesquisadoras: escritas durante e imediatamente após as ofici-

nas, na medida do possível e a depender da dinâmica da oficina, e ao longo dos dias que se seguiam após as oficinas.

Houve oficinas em que foi possível fazer registros imediatamente após sua realização. Em outras não, pois tínhamos que pegar estrada para chegar ao outro município, ou estávamos exaustas física e mentalmente, ou ainda, extasiadas demais para escrever e simplesmente preferíamos conversar sobre a oficina, sobre nossas impressões e depois deixar as ideias se assentarem um pouco para transcrevê-las no diário de campo em um outro momento.

Vale ressaltar que organização das oficinas também contou com as orientações recomendadas por Holliday (2006), acerca da sistematização de experiências, nos cinco tempos recomendados em todo processo de sistematização: ponto de partida, perguntas iniciais, recuperação do processo vivido, reflexão de fundo e pontos de chegada, os quais convergem com pesquisa-ação descrita por Dick (2023a, 2023b, 2023f).

As duas primeiras oficinas tiveram duração de duas horas e meia. A partir da terceira oficina, o grupo pactuou a duração de três horas para cada encontro.

Em todas as oficinas buscamos preservar a construção do clima agradável, empatia, retomada dos acordos, pedidos e ofertas, construção de confiança, interação e uma comunicação pautada no respeito, na escuta e na abertura para dialogar nas diferenças, nas confirmações e desconfirmações das informações e produtos das oficinas, seguindo-se as recomendações para PA propostas por Dick (2023b, 2023c).

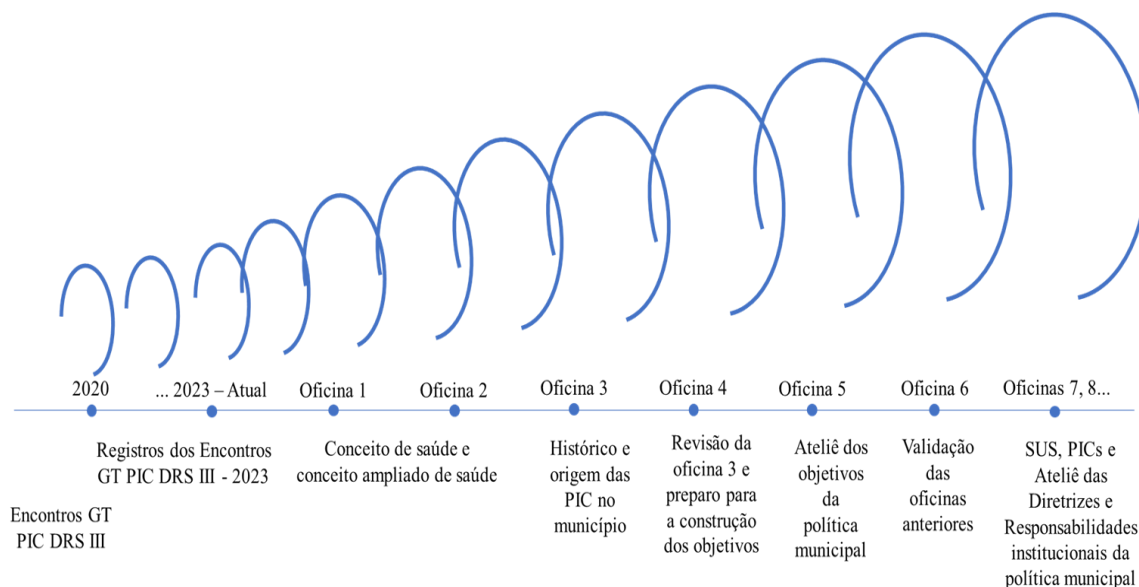
Isso contribuiu para aumentar a sintonia, o engajamento e o comprometimento do grupo ao longo do processo. Todas as oficinas seguiram o seguinte planejamento:

- Primeiro momento: boas-vindas e acolhimento.
- Segundo momento: cuidado com as PICS.
- Terceiro momento: pactos e combinados de trabalho.
- Quarto momento: produção do conteúdo do dia.
- Quinto momento: fechamento e avaliação do encontro.

A seguir, apresentamos os aspectos significativos do percurso metodológico na vivência das oficinas que ilustram a natureza cíclica e os momentos desta PA (Figura 7), e o Quadro 3, que traz o desenvolvimento das oficinas quanto ao cuidado, dinâmica de trabalho e produtos no decorrer dos meses. E destacamos ainda, os combinados tecidos no processo, bem como o cuidado com as PICS que foi ofertado por diferentes participantes do grupo.

Vale enfatizar que a confirmação e desconfirmação dos dados foi transversal ao longo de toda a pesquisa-ação, conforme figura a seguir:

Figura 7: Ciclos ou momentos da pesquisa-ação, 2024.



Fonte: Elaboração própria.

O quadro 3 abaixo apresenta as oficinas realizadas, bem como o cuidado, a dinâmica de trabalho, o produto e o mês da respectiva oficina.

Quadro 3: Oficinas realizadas, cuidado, dinâmica de trabalho, produto e mês.

Oficina	Cuidado	Dinâmica de trabalho	Produto	Mês
Oficina 1	Meditação	Café mundial	. Combinados e pactuação de pedidos e ofertas . O que é saúde	Março
Oficina 2	Dança circular, mudraterapia, Reiki e aromaterapia.	Filme e Técnica da visualização móvel	. Conceito ampliado de saúde . Validação dos pedidos e ofertas	Abril
Oficina 3	Dança Circular e Meditação	Roteiro prévio, compartilhamento das histórias e narrativas.	. Histórico e origem das PICS no município	Abril
Oficina 4	Meditação	Síntese reflexiva e Perguntas disparadoras	Revisita ao Histórico das PICS no município e preparação para construção dos objetivos da política municipal	Maio
Oficina 5	Movimento de Constelação familiar	Ateliê dos objetivos a partir do território, da	Objetivos da Política Municipal	Junho

	liar, Musicoterapia em Gavião Peixoto, sem Constelação lá.	PNPIC e políticas de saúde correlatas.		
Oficina 6	Teia da vida	Ateliê dos Conceitos, Histórico PICS, Objetivos.	Devolutiva do Conceito de saúde, do Histórico PICS, dos Objetivos da PM e Preparo para diretrizes e responsabilidades institucionais.	Julho
Oficina 7	Meditação	Filmes e Ateliê da Introdução da política municipal	Reflexões sobre SUS, PICS e sobre as Diretrizes e Responsabilidades Institucionais	Agosto
Oficina 8	CNV, Reiki coletivo e dança circular.	Ateliê Diretrizes, Responsabilidades institucionais.	Validação das Diretrizes, Responsabilidades institucionais.	Setembro

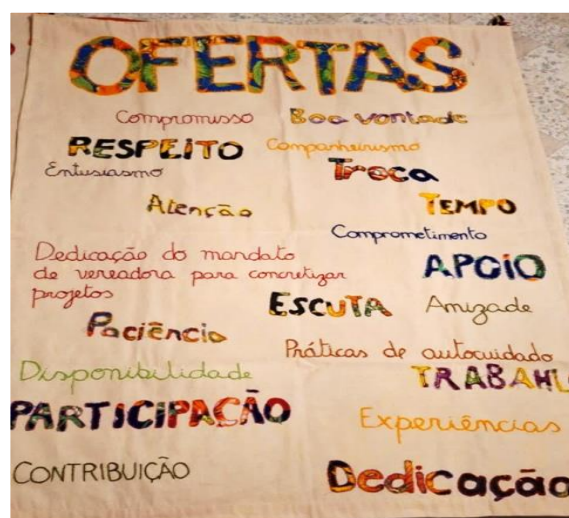
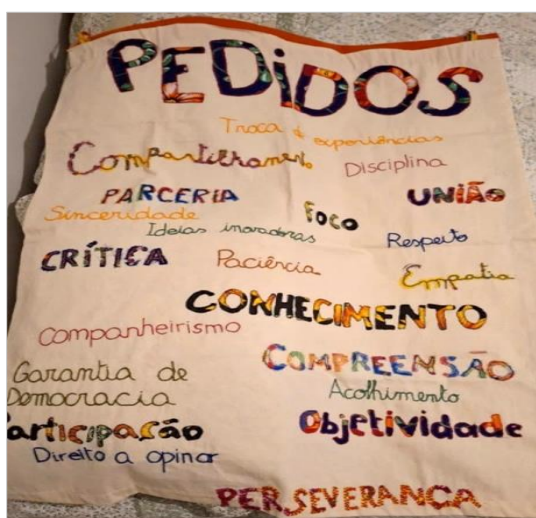
Fonte: Elaboração própria.

Combinados tecidos ao longo do processo

Os combinados tecidos na primeira oficina e ao longo de todo o processo foram significativos e, portanto, essenciais para estimular e construir a coesão, participação, a corresponsabilidade, a colaboração e o pertencimento do grupo.

Na primeira oficina foi valorizado o momento de construção do pacto de trabalho, desde a construção do clima e da ambiência para o desenvolvimento das atividades, e da construção do modo de trabalho em grupo, no grupo, pelo grupo. Uma estratégia utilizada foi à elaboração de pedidos e ofertas e o posterior compartilhamento de ambos.

Figura 8: Fotos: Pedidos e ofertas tecidos e reiterados ao longo dos encontros.



Fonte: Fotografado pelas autoras.

Nomear uma oferta é um modo de assumirmos a responsabilidade de oferecer aquilo que temos de melhor. Nomear um pedido é uma forma de reconhecermos nossas necessidades e permitirmos que os outros saibam o que esperamos deles.

Assim cada participante compartilhou seus pedidos e ofertas para trabalharem em grupo na pesquisa.

Ainda durante o desenvolvimento das oficinas, houve uma construção coletiva no sentido de que a estruturação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) fosse comum aos seis municípios participantes. Essa escolha não foi definida previamente pelas pesquisadoras, e emergiu do próprio grupo, como estratégia político-pedagógica. As participantes avaliaram que, tendo uma mesma estrutura de política, os municípios teriam mais força para avançar com a institucionalização das PIC, especialmente no momento de apresentar a proposta às diferentes instâncias, à exemplo dos Conselhos Municipais de Saúde e Câmaras Municipais.

O coletivo de participantes da pesquisa-ação pactuou, inclusive, sua presença conjunta em audiências públicas e espaços decisórios de cada um dos municípios, buscando sensibilizar não apenas gestores, vereadores e profissionais de saúde, mas também a população em geral. Essa decisão revelou o compromisso intermunicipal das participantes, bem como a aposta na construção de alianças regionais para fortalecer a implementação das PICS no SUS. Ao optar por uma única estrutura, o grupo também reconheceu a potência de um documento técnico abrangente, permeável às especificidades locais sem comprometer seus princípios orientadores.

Cuidando com as PICS

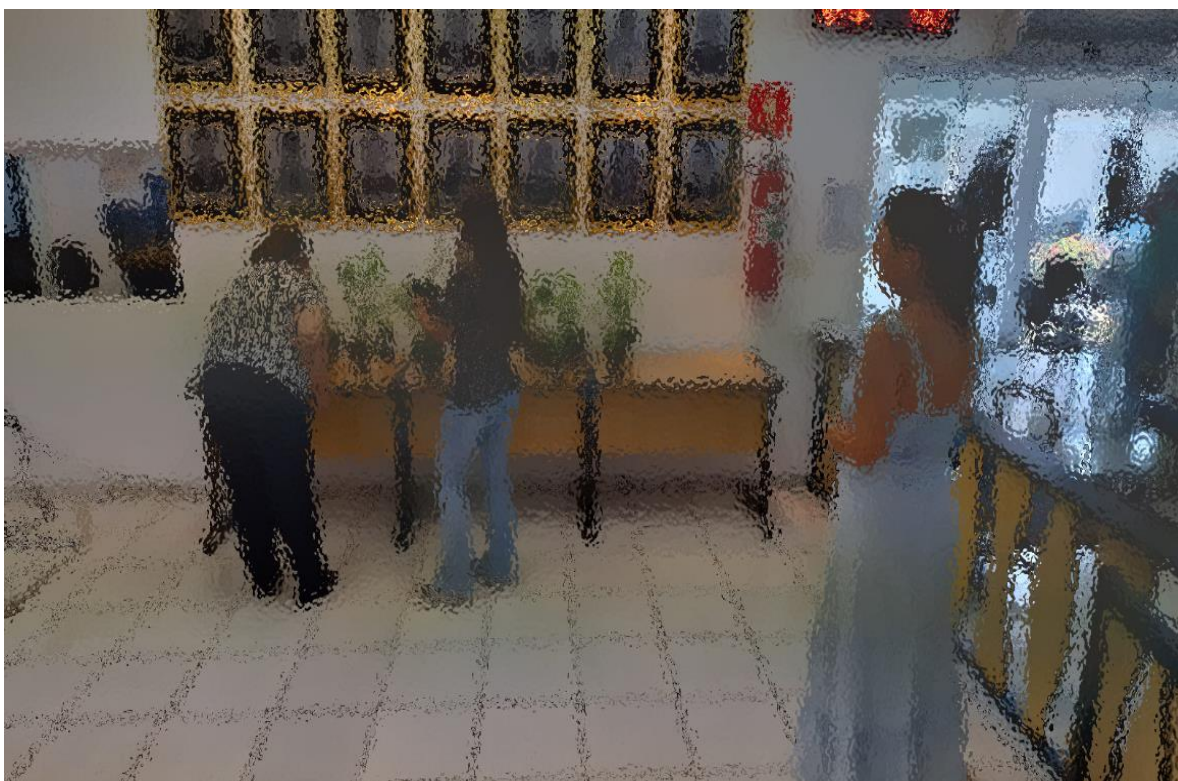
Desde a primeira oficina, as participantes da PA pediram um momento dedicado ao grupo, de autocuidado e de cuidado coletivo, utilizando as diferentes PICS. Esse espaço permitiu que aquelas que já as conheciam pudessem usufruir de seus benefícios, enquanto as que estavam em contato com as práticas pela primeira vez pudessem reconhecê-las e sentir seus benefícios e efeitos positivos.

Como mostra o Quadro 3 apresentado anteriormente, diversas PICS foram vivenciadas. Vale enfatizar que as diferentes práticas foram realizadas, predominantemente, pelas próprias participantes do grupo, seja por convite feito pela equipe de pesquisadoras, seja por iniciativa das próprias participantes da pesquisa que se disponibilizaram para oferecer a prática. Na úl-

tima oficina, tivemos a participação de duas pessoas convidadas para o cuidado com as PICS. Todo esse processo contribuiu também para reconhecer o acolhimento e a construção de vínculos que são favorecidos e fortalecidos pelo cuidado com essas abordagens.

Um dos momentos de cuidado significativo foi vivenciado na segunda oficina, em que foram ofertadas: dança circular, mudraterapia, reiki e aromaterapia no início da oficina, e houve a entrega das mudas das plantas medicinais ao final. A entrega das plantas medicinais se deu sob a seguinte orientação: “a planta escolhe para quem ela vai doar a própria energia. Essa escolha advém da sabedoria desse reino como reconhecimento de seu propósito de vida. As plantas oferecem sua energia para quem delas precisa. Então, se aproxime, feche os olhos, respire e se permita entrar em sintonia com as plantas” (LABRADORITA, oficina 2).

Figura 9: Foto - Entrega das mudas de plantas medicinais.

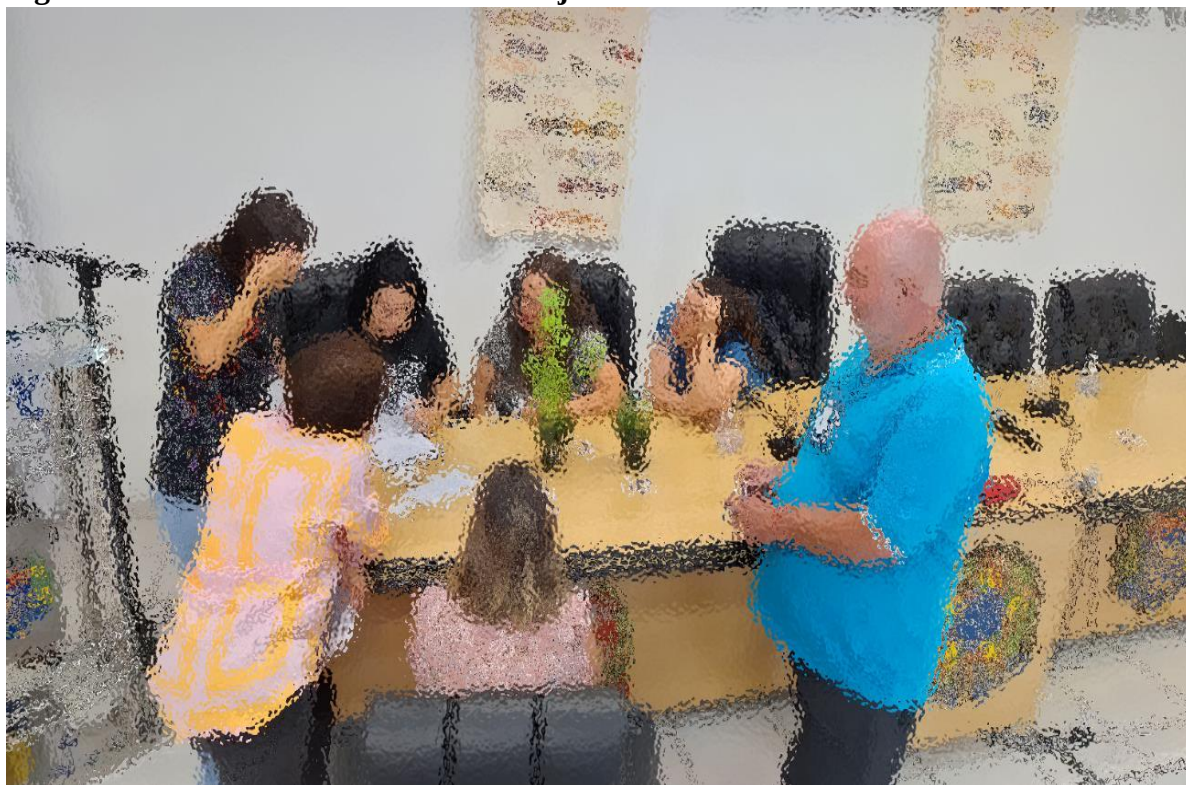


Fonte: Fotografado pelas autoras.

“Que bom que ampliei minha visão sobre saúde e entendi melhor o termo holístico e que essa necessidade já vem sendo observada, tratada há muito tempo” (CITRINO, oficina 2).

“Que bom que pude conhecer algumas práticas integrativas na manhã de hoje, assim se torna mais fácil à tarefa de contribuir na elaboração de uma política municipal” (ÔNIX, oficina 2).

Figura 10: Foto - Escrita e discussão conjunta.



Fonte: Fotografado pelas autoras.

5.5 Análise dos dados

Para a análise de dados, o referencial principal foi à proposta elaborada por Dick (2023g), fundamentada na confirmação e desconfirmação de dados em pesquisa-ação, à luz do processo dialético. Nesta PA, foram analisadas as demandas, desafios e potencialidades como dados encontrados nas fontes documentais e também nas oficinas.

A confirmação de dados ocorre quando diferentes evidências convergem para reforçar uma mesma interpretação ou hipótese levantada no decorrer da pesquisa. É quando os dados produzidos nas oficinas ou na análise documental se articulam com as falas das participantes, com os registros anteriores e com a realidade vivenciada.

A desconfirmação, por sua vez, também teve papel essencial, ao permitir rever interpretações e abrir espaço para a escuta de contradições, tensões e elementos que escapavam à primeira leitura.

Para garantir esse rigor analítico, foram utilizadas as seguintes estratégias:

- A triangulação de fontes e métodos: cruzando documentos, falas e observações providas dos diários de campo;
- A busca pela saturação teórica, quando os dados deixam de trazer novas categorias relevantes;
- A validação junto às participantes, respeitando o princípio ético da devolutiva coletiva;
- A análise de casos confirmatórios, que permitiu ilustrar com profundidade, algumas das regularidades observadas no processo.

Além disso, foram seguidas as quatro etapas ou momentos do processo de mudança, recomendados pelo autor (Dick, 2023a, 2023b, 2023c, 2023f), assim organizados:

- Diagnóstico: mudança desejada, expressa na análise documental e confirmada continuamente desde a primeira oficina.
- Entrada e contrato: continuamente ao longo das oficinas e da PA como um todo.
- Intervenção: elaboração coletiva do conteúdo da estruturação de PMPIC.
- Encerramento: finalização da PA enquanto pesquisa e retomada dos encontros do GT PICS DRS III/UFSCar, para andamento do planejamento e das ações para a efetivação da estruturação de PMPIC nos diferentes territórios.

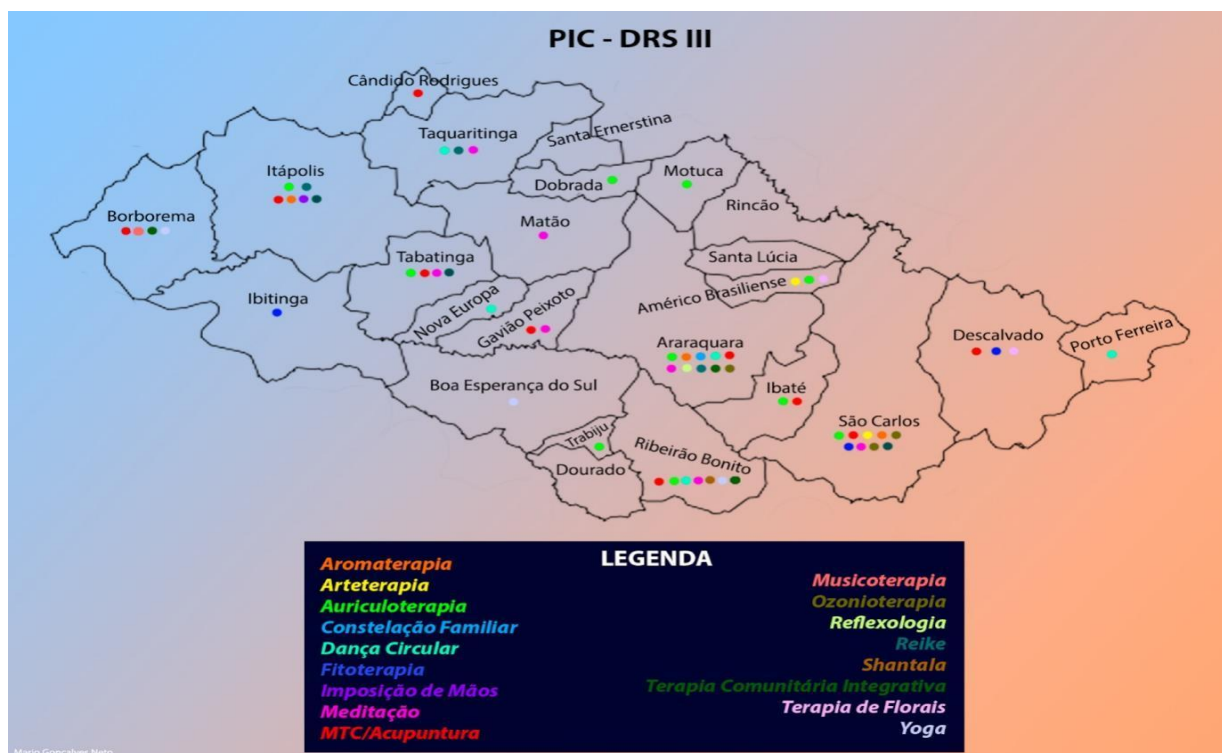
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo apresenta os principais resultados da pesquisa-ação desenvolvida com seis municípios pertencentes ao DRS III, organizados em dois componentes:

- ❖ A elaboração coletiva da estruturação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PMPIC); e
- ❖ A análise das demandas, desafios e potencialidades vivenciadas ao longo deste processo participativo.

Vale reiterar que, na região estudada, dos 24 municípios que integram o DRS III, 20 ofertam alguma PICS, como mostra o mapeamento realizado por Beneli (2023), conforme figura 11 a seguir:

Figura 11: Mapa das PICS no DRS III, 2023.



Fonte: BENELI (2023)

Neste contexto, como mencionado nos capítulos anteriores, o GT reconhece como objetivo em comum, a necessidade e a importância de se elaborar uma estruturação de política municipal de PICS nos seus respectivos territórios, em um processo constante de criação, construção e validação.

6.1 A ESTRUTURAÇÃO DE POLÍTICA MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.

A estruturação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares foi elaborada coletivamente, junto a atores-chave das PICS. Este processo de construção e escrita coletiva teve por base as recomendações de duas referências principais: o livro de Oscar Jara Holliday (2006) “Para Sistematizar Experiências” e o documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) “Políticas de Saúde: metodologia de formulação”.

A partir da sistematização de experiências, concebida por Holliday (2006), foram considerados os cinco tempos recomendados em todo processo de sistematização: 1) o **ponto de partida**, 2) as **perguntas iniciais**, 3) **recuperação do processo vivido**, 4) a **reflexão de fundo** e 5) os **pontos de chegada**.

O **ponto de partida** é o momento inicial de todo o processo de sistematização, e considera a própria experiência vivida para esse momento (HOLLIDAY, 2006).

Para o ponto de partida foram considerados os registros do GT PICS DRS III/UFSCar do ano de 2023, bem como o registro de cada oficina, entendendo ambos – documentos e oficinas – interligados e não isolados entre si, pertencentes de um processo contínuo e que se remetem ao grupo de participantes (tanto do GT como da PA) na elaboração da política municipal. É importante mencionar que as experiências vivenciadas pelas pesquisadoras no GT PICS DRS III/UFSCar, desde antes de 2023, também foram consideradas como ponto de partida desta PA.

O ponto de partida desta PA pode ser ilustrado pela fala abaixo, de uma das participantes do GT, Água Marinha, durante o encontro de 15/02/2023, no encontro em que era realizada a memória do histórico desse grupo de trabalho até aquele momento:

(...) A gente teve o primeiro encontro no segundo semestre de 2019, só que antes disso quando iniciamos o grupo ‘Somos NASF’ a gente foi observando que várias equipes NASF desenvolviam as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS). Quando a Diamante entrou na UFSCar nós vimos a oportunidade de fazer uma parceria com ela. Então a gente sentou e fez um planejamento de como que a gente poderia seguir em uma parceria. A Diamante escreveu um projeto de parceria com o DRS, então as coisas foram confluindo, nós não tínhamos combinado, mas isso foi se tornando uma realidade. Então, a gente migrou do “Somos NASF” para o “Somos PICS”. Antes dessa migração, que foi uma migração remota por conta da pandemia, nós tivemos esse encontro que comecei falando, em 2019. Foi um encontro no CEFOR, em Araraquara, um encontro grande com muitos participantes e nesse encontro nós conseguimos fazer um mapeamento das práticas (ÁGUA MARINHA, GT de 15/02/2023).

O segundo tempo, denominado **perguntas iniciais**, refere-se à definição, da maneira mais objetiva e concreta possível, da utilidade, do sentido, do produto e do resultado esperado da sistematização da experiência. Para tanto, o autor faz três recomendações essenciais que orientam todo o processo a partir desse momento: 1) a definição do objetivo da sistematização, 2) a delimitação do objeto da sistematização e 3) a definição do eixo de sistematização (HOLLIDAY, 2006).

Seguindo a recomendação do autor, apresentamos a seguir o objetivo, a delimitação do objeto e o eixo central definidos nesta PA:

Objeto: O reconhecimento da importância de ter uma política municipal de PICS no SUS, por um GT de profissionais praticantes de PICS no SUS, frente às necessidades de me-

lhor organizar, legitimar e institucionalizar as ações de PICS nos serviços de saúde nos quais trabalham, em seus municípios. Para tanto, decidem por meio de uma PA, elaborar coletivamente uma estruturação de PMPIC, junto a atores-chave das PICS, dos seus respectivos territórios.

Delimitação do objeto: A elaboração coletiva de uma estruturação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, entre março a setembro de 2024, impulsionada pela necessidade de profissionais praticantes de PICS no SUS integrantes do GT PICS DRS III/UFSCar DRS III (desde seu início, em 2019) e de atores-chave das PICS, de seis municípios do DRS III.

Eixo central: Elaboração coletiva de uma estruturação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.

Após atender às recomendações essenciais que orientam todo o processo de sistematização, o terceiro tempo recomendado pelo autor é a **recuperação do processo vivido**. Trata-se de descrever a experiência de reconstruir a história, de ordenar e classificar os aspectos fundamentais de interesse.

Nesta PA, a **recuperação do processo vivido** se deu a partir dos registros dos encontros do GT PICS DRS III/UFSCar do ano de 2023 e das oficinas realizadas no ano de 2024. A ordenação e a classificação ocorreram a partir das demandas e desafios do processo de elaboração coletiva da estruturação de política Municipal de PICS.

O quarto tempo, a **reflexão de fundo**, significa ir além da descrição e proceder a análise, a síntese e a interpretação crítica do processo vivido. Na PA o processo reflexivo também era realizado ao final de cada oficina, com um olhar para o encontro, para si, para o grupo, ou seja, para o processo vivido.

Os **pontos de chegada** se referem ao último tempo da proposta metodológica. É uma nova forma de chegar ao ponto de partida, acrescido de uma riqueza de ordenação, reconstrução e interpretação crítica das experiências sistematizadas (HOLLIDAY, 2006).

Nosso ponto de chegada, ao considerar a prática disparada no momento inicial da PA, no movimento contínuo de ação-reflexão-ação, nos leva ao produto final ainda que provisório: uma estruturação de PMPIC elaborada coletivamente, no território, com as pessoas do próprio território.

Foi considerado também o documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), “Políticas de Saúde: metodologia de formulação”, o qual contempla os seguintes elementos: introdução, objetivo, diretrizes, responsabilidades institucionais (federal, estadual e municipal) e

parâmetros para avaliação. A partir deste documento do MS, o texto da nossa PM foi tecido ao longo de todas as oficinas, por meio de momentos de criação em pequenos grupos, criação no grande grupo, atividades e tarefas e em ciclos contínuos de reflexão-ação-reflexão. Desse modo, o *conteúdo* da nossa estruturação de política municipal ficou assim organizado: Apresentação, Introdução, Objetivos, Diretrizes e Responsabilidades Institucionais.

A Introdução da estruturação de PMPIC resgata os marcos históricos das PICS em cada um dos municípios envolvidos, evidenciando os contextos locais, os primeiros atores mobilizados e os caminhos trilhados até o momento atual. Já nos Objetivos, estão explicitadas as intenções da política nos territórios, elaboradas a partir do olhar atento das participantes, que aprofundaram o tema desde a atuação no Grupo de Trabalho (GT PICS DRS III/UFSCar) até a presente etapa da pesquisa-ação.

Buscou-se, nesse processo, identificar e acolher a realidade e as necessidades de cada município. Tanto os objetivos quanto as Diretrizes da PMPIC foram formulados a partir dos elementos comuns entre os seis territórios, respeitando as singularidades e experiências locais, priorizando o que foi consenso entre as participantes, de modo a facilitar a compreensão do leitor, conferir objetividade à proposta e facilitar os futuros processos de implantação nas esferas legislativas de cada um dos 6 municípios.

As Responsabilidades Institucionais descritas na estruturação de PMPIC seguiram os princípios orientadores da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), respeitando as competências das três esferas de gestão do SUS. Adicionalmente, como se trata de uma política municipal, o conteúdo atribuído à esfera local foi especialmente aprofundado.

Importante destacar que, diferentemente do modelo proposto no documento do Ministério da Saúde (1998), nossa estruturação de PMPIC não contempla um tópico exclusivo para os Parâmetros de Avaliação. Isso se deve a dois motivos principais: primeiramente, por tratar-se de uma estrutura aberta, construída para servir de base aos territórios na elaboração de suas próprias políticas municipais de PICS, que deverão ser adaptadas às realidades locais, com definição autônoma dos indicadores e instrumentos de monitoramento e avaliação mais pertinentes a cada contexto. Em segundo lugar, porque a componente Avaliação integrou os Objetivos e as Diretrizes da estruturação de PMPIC.

Desta forma, apresentamos a seguir, na cor azul, o texto da estruturação de PMPIC elaborada coletivamente nesta PA.

6.1.1 ESTRUTURAÇÃO DE POLÍTICA MUNICIPAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE NO SUS.

APRESENTAÇÃO

O reconhecimento das experiências com as PICS desenvolvidas nos municípios do DRS III, em consonância com a necessidade de se institucionalizar e legitimar a oferta dessas abordagens no SUS dos respectivos municípios, bem como apoiar profissionais praticantes das PICS no seu cotidiano de trabalho, informar gestoras e gestores para melhor tomada de decisão no tocante às PICS no SUS de seus municípios e ampliar o acesso e a integralidade do cuidado no SUS para suas usuárias e usuários, culminou para a elaboração desta Política Municipal, alicerçada e em consonância com a Política Nacional de PICS, a PNPIC.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas visam dar respostas a problemas e demandas sociais. No caso de políticas públicas de saúde o foco está nos problemas e demandas de saúde da sociedade. Nesse sentido, a estruturação de Política Municipal de PICS, em consonância com a PNPIC, visa acolher todas as demandas e necessidades de saúde das pessoas e, nesse ponto, coaduna também a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Ao assumirmos esse imperativo ético, o grupo de participantes da pesquisa-ação, buscou compreender em profundidade o que é saúde, e a partir de reflexões individuais e coletivas, o grupo trocou e compartilhou suas compreensões, atribuindo um sentido próprio e ampliado de saúde. Assim, para este coletivo:

Saúde é equilíbrio entre físico, emocional, mental e social. É equilíbrio do fluxo de energia vital. É ter corpo, mente e espírito alinhados e em harmonia. Saúde é paz interior. É vigor. É calma e tranquilidade no cotidiano. Saúde é a condição primordial para a realização da vida. É essencial para o desenvolvimento das atividades e responsabilidades com qualidade. É ter acesso a tudo que é necessário para bem viver.

Saúde é ter os direitos garantidos e lutar por eles sempre que for preciso. Saúde é acesso à alimentação, moradia, educação, lazer, atividade física, convivência comunitária/coletiva, proteção social, segurança pública. É ter núcleo familiar acolhedor, é ter qualidade de vida nos ambientes, sejam eles escolas, serviços de saúde, centros esportivos ou mesmo na sua

própria casa, bairro. Saúde é se preservar do medo incapacitante, paralisante. É viver sem angústias que fazem perder a esperança.

Saúde não é ausência de doença. Saúde é promoção de bem-estar, é proteção e prevenção de riscos, danos e agravos. É poder ter controle, ter condições e recursos para o autocuidado, e para saber lidar e conviver com situações de dor e doença. É exercitar aceitação, tolerância, autonomia, adaptação e mudanças. Saúde é a pessoa ouvir e ser ouvida. Saúde é escuta e liberdade de expressão. É dar e receber o conhecimento e o cuidado considerando diferentes saberes e culturas.

Saúde é o olhar empático e comprometido que permite uma abordagem holística, abrangendo o ecossistema e a compreensão das pessoas na sua individualidade, na interdependência e nas relações entre a vida, o universo, o meio ambiente e a natureza. É ter consciência flexível.

Saúde é a possibilidade de acessar os saberes ancestrais da própria escolha, reconhecendo as necessidades presentes e poder fazer uso dos recursos escolhidos para manter a saúde pessoal, familiar e coletiva, de forma complementar ou não às medicinas contemporâneas. Saúde é ter liberdade para escolhas pessoais, mas acima de tudo, ir realizando um auto encontro respeitoso e cuidadoso consigo para identificar as próprias potencialidades, para o autocohecimento, para a responsabilização e para ampliar o cuidado.

Saúde é viver bem, ter projetos, construir, celebrar, conquistar. É compartilhar, acolher, sentir plenitude consigo, com sua comunidade e com o meio ambiente.

Saúde é compromisso.

Saúde é amor próprio.

Saúde é respeito.

A trajetória das PICS em Américo Brasiliense ¹

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no município de Américo Brasiliense tiveram início em julho de 2017, impulsionadas pela iniciativa de uma farmacêutica do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Após uma conversa dela com o então secretário

¹Observação: Cada estruturação de PMPIC terá apenas a trajetória histórica de PIC do seu respectivo município.

municipal de saúde, foi autorizada a implementação dessas práticas no município. A aplicação iniciou-se com Terapia Floral aos funcionários da área da saúde e, com os resultados positivos, os atendimentos da farmacêutica expandiram-se aos usuários, incorporando também a Auriculoterapia.

No mesmo ano, uma psicóloga iniciou grupos de Arteterapia, e a partir de 2018, uma fonoaudióloga passou a oferecer sessões de Auriculoterapia, expandindo em 2020 para Terapia Floral. Neste mesmo ano, a gestão municipal custeou um curso de Auriculoterapia para a farmacêutica e a fonoaudióloga, financiado pelo NASF. Em 2021, essas profissionais realizaram uma apresentação sobre as PICS durante uma reunião do Conselho Municipal de Saúde, contando com a presença do prefeito e de membros da gestão. Na ocasião, uma munícipe deu um depoimento sobre os benefícios das PICS, reforçando a importância da continuidade e regulamentação desses atendimentos em Américo Brasiliense.

As PICS foram inicialmente oferecidas a funcionários e usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Cássio de Moraes Alves, com atendimentos individuais e em grupo, como Arteterapia, Auriculoterapia e Terapia Floral nos grupos de Antitabagismo e acompanhamento de gestantes. Por algum tempo, essas práticas também foram disponibilizadas a funcionários de outra UBS, através do programa "Cuidando de quem cuida". Atualmente, são ofertadas apenas na UBS Dr. Cássio de Moraes Alves.

Os atendimentos são realizados mediante encaminhamentos médicos, de psicólogos, enfermeiras, ou a pedido das agentes comunitárias de saúde, além da demanda espontânea, onde pacientes buscam os serviços após conhecerem os benefícios através de outros usuários.

Médicas cubanas do programa Mais Médicos e um pediatra de outra UBS foram os profissionais que mais encaminharam pacientes para Terapia Floral e Auriculoterapia.

Hoje, embora tenhamos mais profissionais capacitados em PICS, apenas uma fonoaudióloga atua regularmente com auriculoterapia e floral. As sessões são realizadas semanalmente (auriculoterapia) e mensalmente (terapia floral), de maneira individual, devido à ausência de grupos no momento. Os registros no sistema E-SUS iniciaram em 2019.

A inserção das PICS trouxe uma abordagem diferenciada à saúde, para além do atendimento médico e medicamentoso, proporcionando um cuidado integral ao paciente, com ênfase na escuta e acolhimento. As PICS integram os tratamentos alopáticos, equilibrando as emoções e sentimentos dos usuários e em algumas especificidades, as PICS são usadas como tratamento principal. Relatos de melhora na saúde geral, redução de ansiedade, depressão, estresse, irritabilidade, traumas, medos, dores crônicas, melhor qualidade do sono e diminui-

ção do consumo de medicamentos e internações evidenciam a eficácia dessas práticas no SUS.

A trajetória das PICS em Boa Esperança do Sul

O município de Boa Esperança do Sul, localizado na região central do estado de São Paulo, conta com uma população de 12.978 habitantes, conforme o censo de 2022. Dentre os dados populacionais, destaca-se que 32,1% da população possui rendimento nominal mensal per capita de até meio salário mínimo, e a taxa de escolarização de crianças de 6 a 14 anos é de 96%.

A estrutura da rede municipal de saúde de Boa Esperança do Sul inclui: 4 unidades básicas de saúde, sendo 3 unidades de saúde da família (USF) e 1 UBS tradicional, 2 unidades de atendimento especializado, 2 unidades de diagnóstico (laboratorial e imagem), 1 unidade de reabilitação (fisioterapia), 1 unidade de atendimento odontológico, 1 base descentralizada do SAMU, 1 pronto atendimento, 1 hospital geral, 1 unidade de controle de vetores, 1 unidade de cuidado com saúde animal, e 3 unidades de operacionalização e gestão (Secretaria de Saúde, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária).

Dada essa estrutura, surge a necessidade de implantação de uma unidade especializada em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), visando potencializar os efeitos dos tratamentos convencionais. Há relatos de profissionais de saúde que, desde 2008, práticas como acupuntura, ventosaterapia e quiropraxia foram introduzidas de modo indireto e individual através dos serviços de fisioterapia. A prática de Shantala foi esporadicamente oferecida a grupos de gestantes.

Em 2012, com o consentimento da diretora de saúde, iniciou-se a oferta de yoga para usuários do SUS, integrando o grupo de caminhada da USF Vista Verde, destinado a portadores de hipertensão, diabetes e obesidade. A prática de yoga foi também disponibilizada à população em geral, duas vezes por semana, na Casa da Cultura, no período noturno. Com a troca de gestão, o yoga passou a ser oferecido ocasionalmente no clube das piscinas para o público da melhor idade, dentro do projeto "Entre Amigos". Houve ainda a oferta de yoga aos funcionários da saúde do município, com maior adesão na USF Nova Esperança.

Em 2018, com a formação do NASF-AB (atualmente equipe multiprofissional), profissionais da saúde foram capacitados em auriculoterapia pelo curso do Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, a qual passou a ser oferecida coletivamente aos funcionários da atenção primária, através do projeto "Cuidando do Cuidador",

bem como de forma individual aos usuários do SUS. Alguns registros dessa prática foram fotografados e essas imagens estão arquivadas no computador da equipe. Essa produção foi lançada no sistema e-SUS.

Atualmente, as práticas de acupuntura, auriculoterapia, yoga, e uso terapêutico de mu-draterapia são utilizadas em atendimentos individualizados aos usuários do SUS, na atenção básica em Unidade de Suporte Básico (USB), UBS e em visitas domiciliares, visando um melhor acolhimento e bem-estar dos pacientes, inclusive em casos de tratamento paliativo. As práticas também são aplicadas em grupos de gestantes para alívio de desconfortos e em grupos de *hiperdia* (hipertensão e diabetes), visando um melhor controle das comorbidades.

As PICS, embora não substituam o tratamento convencional, podem potencializar seus efeitos, melhorando a qualidade de vida dos pacientes. Técnicas milenares e saberes populares auxiliam na prevenção de doenças, redução de sintomas, recuperação e promoção da saúde, gerando bem-estar, alívio do estresse e relaxamento geral. Observa-se uma resposta positiva dos usuários, com relatos de alívio e bem-estar, e uma crescente demanda pela continuidade das práticas.

A divulgação das PICS ocorre principalmente através do "boca a boca" e encaminhamentos internos do departamento de saúde, com destaque para os psicólogos do município, que reconhecem o grande auxílio dessas práticas como complemento terapêutico. A relação profissional-usuário é caracterizada por um modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, sendo bem aceita pelos usuários, que relatam melhorias no bem-estar e autoestima, conferindo maior credibilidade à prática profissional.

Portanto, faz-se necessária a implementação de um projeto de lei que regularize as PICS no município, além de uma maior divulgação sobre essas práticas, abrangendo a rede municipal de saúde, seus usuários e demais setores do município (educação, social, cultura, etc.), bem como a oferta de capacitação e recursos humanos adequados para a realização dessas práticas.

A trajetória das PICS em Gavião Peixoto

Atualmente, o município possui uma população estimada em torno de 4.702 habitantes, de acordo com dados do censo de 2022. Gavião Peixoto é um município pequeno e tranquilo e o Departamento de Saúde detém a autonomia pelo direcionamento das necessidades e do processo de trabalho das unidades de saúde juntamente com a equipe gestora composta pelos

responsáveis de cada equipe de saúde, bem como o trabalho em parceria com os outros setores da prefeitura. Já a rede de serviços de saúde municipal se apresenta em um complexo de saúde interligado e de fácil acesso entre eles. Compõe a rede de saúde municipal: o Centro Municipal de Saúde “Rui de Camargo” e o Pronto Socorro Municipal “Dr. Augusto Gubernatti”. No Centro Municipal de Saúde concentram-se os atendimentos das Equipes de Saúde da Família 1 e 2 e Equipes de Saúde Bucal, da equipe da UBS e os atendimentos realizados por médicos especialistas (Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Cardiologia, Neurologia, Psiquiatria, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Urologia e Oftalmologia).

Também funciona na UBS a Regulação em Saúde, a Farmácia Municipal, a Fisioterapia, o atendimento da equipe multiprofissional (Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Assistência Social, Nutrição e Psicopedagogia) e os serviços de apoio diagnóstico: Raio X, Laboratório de Análises Clínicas, Ultrassonografia e Eletrocardiografia. Procedimentos como administração de medicamentos, inalação, curativos, coleta de Papanicolau, coleta de exame do pezinho, pequenas cirurgias, soroterapia dentre outros que competem a atenção básica são realizados na UBS. Toda a frota de veículos da saúde também é mantida nas dependências da UBS. Os serviços de Vigilância Epidemiológica, Sala de Vacina, Controle de Vetor e Vigilância Sanitária também estão vinculados à UBS.

Já no Prédio do Pronto Socorro concentram-se os atendimentos de urgência e emergência com plantão médico, de enfermagem, de recepção, de motoristas e de limpeza ininterruptos. Apresenta uma estrutura física ampla e acessível para o atendimento das ocorrências com gerador de energia instalado. O almoxarifado principal também fica alocado nas dependências do Pronto Socorro. As unidades móveis de atendimento de urgência e emergência são mantidas nas dependências do PS.

A implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no município de Gavião Peixoto é uma jornada marcada por esforços predominantemente de profissionais de saúde, o que trouxe mudanças significativas na área da saúde e do modelo hegemônico. No passado, a prática de meditação era oferecida às quartas-feiras e ministrada por uma fonoaudióloga, atendendo funcionários e pacientes das Estratégias de Saúde da Família (ESF). Esse projeto contou com participantes assíduos, mas foi descontinuado após a saída da profissional responsável. Simultaneamente, uma assistente social oferecia práticas de meditação aos idosos no Centro de Convivência do Idoso (CCI), prática que também foi interrompida. Fora do setor de saúde, não há registros de ofertas de PICS.

Atualmente, o município oferece equoterapia, principalmente a crianças com deficiên-

cias, além de auriculoterapia e acupuntura como parte da rotina de atendimento dos profissionais da equipe multidisciplinar no Centro de Saúde. Essas práticas são integradas ao cuidado individual oferecido por fisioterapeutas e um fonoaudiólogo. Além disso, é importante citar que, na perspectiva da intersetorialidade, os profissionais de saúde utilizam dos recursos disponíveis nos departamentos de cultura e de esportes para prescrever atividades e a participação em oficinas, aos pacientes.

A equipe está em processo de capacitação para expandir esse cuidado, incluindo a oferta em grupo e a introdução de novas práticas. A inclusão das PICS no Plano Municipal de Saúde foi uma conquista significativa, resultado de um esforço conjunto entre o Conselho Municipal e o Departamento de Saúde. Além disso, o CCI oferece práticas de Dança Circular e Ecoterapia (processo terapêutico natural que envolve uma série de práticas que auxiliam na conexão e sintonia com a natureza, nesse caso, por meio do cuidado e cultivo de uma horta comunitária no espaço do CCI) apoiadas por profissionais da saúde e da assistência social.

Essas ofertas estão disponíveis a todos os cidadãos com 60 anos ou mais, sem necessidade de encaminhamento médico, embora os profissionais de saúde incentivem a participação dos pacientes nas atividades do CCI. No Centro de Saúde, o acesso a essas práticas é mediado pelo encaminhamento aos serviços multidisciplinares. Os pacientes são avaliados pelos profissionais, que elaboram um plano de cuidado individual baseado em suas necessidades.

Relatos de participantes no município destacam os benefícios dessas práticas. A Dança Circular, por exemplo, promove a socialização e estimula a prática de atividades físicas, aproximando os participantes. As atividades oferecidas pelo CCI são valorizadas por proporcionarem uma vida mais leve e maior disposição no dia a dia.

As PICS mostram-se potentes aliadas na melhoria da qualidade de vida, resultando na redução de procedimentos médicos e insumos, alocando recursos onde são mais necessários e aliviando a sobrecarga dos profissionais de saúde. No entanto, desafios persistem, como a adesão dos pacientes a novas formas de cuidado e o desconhecimento ou desinteresse de alguns profissionais em relação aos benefícios dessas práticas. Superar esses desafios é crucial para consolidar as PICS como parte integrante do cuidado em saúde no município.

As expectativas para o futuro incluem colocar as PICS em evidência, criar e manter espaços, onde essas práticas possam ser integradas ao cuidado e promover mudanças significativas nos hábitos de vida da população. Com a continuidade dos esforços e a expansão das práticas, espera-se um impacto positivo duradouro na saúde de moradores de Gavião Peixoto.

A trajetória das PICS em Itápolis

O município de Itápolis, localizado no centro geográfico do Estado de São Paulo, destaca-se por sua proximidade com importantes cidades do interior paulista, como Ribeirão Preto, Araraquara, São José do Rio Preto e Bauru. De acordo com o IBGE, Itápolis possui uma população estimada em 39.493 habitantes, majoritariamente composta por mulheres, com predomínio na faixa etária de 30 a 39 anos e um crescimento contínuo até os 60 anos.

Em Itápolis, a oferta das PICS, especificamente auriculoterapia e aromaterapia, teve início em 2017 com a terapeuta ocupacional do NASF. A então secretária municipal convocou uma reunião com a terapeuta ocupacional e a psicopedagoga da rede municipal para convidá-las a participar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essas profissionais já tinham experiência com as políticas de Educação Permanente em Saúde, Política de Humanização, Rede do Deficiente e Rede de Atenção ao Renal Crônico, além de atendimentos em grupo realizados no Centro Municipal de Atendimento à Infância e Adolescência (CEMAIA).

O NASF começou suas atividades em 2017, inicialmente com uma terapeuta ocupacional, uma psicopedagoga, uma fonoaudióloga e uma psicóloga. Em 2017, a terapeuta ocupacional recebeu capacitação em auriculoterapia, custeada com recursos do NASF. Em 2018, a fonoaudióloga também foi capacitada. O educador físico foi inserido na equipe em 2018 e capacitado em auriculoterapia, ampliando a oferta das práticas integrativas.

As PICS começaram a ser oferecidas nos grupos do NASF e foram gradualmente expandidas para outros grupos e campanhas na comunidade. A divulgação das práticas integrativas se dava em campanhas e eventos públicos, com o apoio da administração municipal. Apesar das barreiras de acesso físico e técnico, a equipe continuou a oferecer auriculoterapia, aromaterapia e Reiki de forma individualizada e em grupos.

Atualmente, a equipe está alocada no Centro de Saúde, com duas salas dedicadas à atenção materna infantil e às práticas integrativas. O acesso às PICS é por demanda espontânea, sem necessidade de encaminhamento, abrangendo todas as faixas etárias, desde recém-nascidos até idosos.

Os relatos dos participantes indicam melhorias significativas na qualidade de vida, como melhor sono, redução de ansiedade, alívio de dores e melhora no funcionamento intestinal. Esses benefícios são exemplos da eficácia das práticas integrativas na promoção da saúde e bem-estar.

As práticas integrativas em Itápolis enfrentam desafios como a falta de recursos finan-

ceiros específicos e a necessidade de maior apoio e visibilidade. A equipe continua a buscar parceiros e apoio do conselho municipal de saúde para expandir e consolidar essas práticas, trabalhando para transformar o modelo de atenção à saúde e para promover hábitos mais saudáveis na população.

A trajetória das PICS em Tabatinga

Em Tabatinga, as práticas integrativas começaram em 2009, com uma enfermeira que aplicava auriculoterapia nos pacientes e profissionais na ESF Vila Santa Cruz. De 2014 a 2017, um médico cubano, contratado pelo Programa Mais Médicos, também aplicava auriculoterapia, preferindo sementes naturais colhidas no campo em vez das industrializadas. Ele introduziu outras práticas, como o uso de ramos de batata-doce para dentes inflamados, dipirona em folhagem, massagens e do-in para diversas dores. A crescente demanda por essas práticas levou a gestão da época a limitar os atendimentos, resultando na realização das práticas pelo médico em sua residência até seu desligamento do SUS. Em 2017, com a contratação de profissionais para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), a inclusão de PICS nos grupos multiprofissionais (Psicóloga, Assistente Social e Educador Físico) foi bem recebida pela população (auriculoterapia, aromaterapia e meditação).

Identificou-se a necessidade de cuidados também para as equipes de saúde, resultando no projeto piloto “Cuidando do Cuidador”, iniciado com a parceria de uma Psicóloga formada em Acupuntura, sendo sua formação custeada com recursos próprios. Esse projeto foi apresentado e premiado em mostras regionais de saúde em 2019. Durante a pandemia, as ações foram ampliadas para Pronto Socorro, Santa Casa, Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Centro de Saúde, oferecendo auriculoterapia, aromaterapia e outras técnicas no Jardim União.

Com a aceitação da população e o apoio da gestão, os materiais necessários para as práticas foram adquiridos. A Psicóloga do NASF, durante a realização de seu mestrado, apresentou os benefícios das PICS aos gestores e à comunidade. Ao longo dos anos, outras profissionais, como uma fonoaudióloga e uma dentista, também se capacitaram e incluíram as práticas em seus atendimentos.

Atualmente, a auriculoterapia em Tabatinga é oferecida pela dentista da ESF do Jardim União durante atendimentos odontológicos e pela psicóloga Coordenadora de Saúde Mental, que aplica auriculoterapia e aromaterapia em atendimentos individuais e em diversos grupos, incluindo pacientes com vícios, transtornos ansiosos e depressivos, idosos, pais de

crianças com TEA e profissionais de saúde. Para acessar as PICS, os usuários podem participar de grupos abertos, onde são oferecidas rodas de conversa, alongamentos, circuitos físicos e auriculoterapia. A divulgação é feita por meio de folders e indicação dos profissionais, além de relatos positivos dos próprios pacientes.

Apesar da redução no número de profissionais, a percepção de melhora dos pacientes e a demanda crescente evidenciam a importância das PICS em Tabatinga. O desafio atual é ampliar o número de profissionais capacitados para atender a demanda crescente. A equipe hoje conta com a dentista e a psicóloga Coordenadora de Saúde Mental, com apoio da assistente social. O desejo é estabelecer uma política municipal de PICS, ampliando a oferta para a população e incentivando outros profissionais a se especializarem nessas práticas.

A trajetória das PICS em Taquaritinga

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no município de Taquaritinga, SP, tiveram início em 2009, impulsionadas por um grupo de voluntários, com a criação do Espaço Holístico Ponte para Luz, localizado na Praça Santa Luzia, 350, Jardim Buscardi. Este espaço oferecia gratuitamente ao público sessões de meditação e reiki, atendendo semanalmente uma média de 5 a 30 pessoas. Posteriormente, a apometria foi adicionada aos atendimentos. Com os resultados positivos e a crescente procura pela população, o grupo mudou-se para um local maior, o Espaço Holístico Rancho de Luz, localizado na Rua Ernesto Pinto Ferraz, Residencial Ipiranga. Atualmente, o espaço oferece diversas terapias holísticas, como Dança Circular, Reiki, Cromoterapia, Meditação, Oração Quântica e Apometria, atendendo uma média de 2000 pessoas mensalmente.

Em 2018, a mesma associação criou o Hospital Holístico Esperança, situado em um sítio próximo à área urbana de Jurupema, SP, que oferece outras opções de terapias, como meditação e constelação familiar, continuando em operação até o presente. As PICS começaram a ser integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS) em Taquaritinga por volta de 2010, com fisioterapeutas realizando auriculoterapia em pacientes de ortopedia no Centro de Especialidades Médicas. Esses atendimentos ocorreram durante cinco anos, a pedido dos pacientes que relataram melhora com a terapia, mas cessaram devido à falta de custeio dos materiais pelo município.

Em 2013, no Centro de Estimulação Infantil, uma fisioterapeuta iniciou a prática da dança circular com crianças, suas mães e os profissionais de saúde. Em 2019, as práticas de

dança circular, reiki e meditação foram implementadas nas unidades de saúde ESF Nívio Ozzetti e ESF Ítalo Curti, atendendo semanalmente a população e os profissionais de saúde, atividade que continua até hoje.

A aromaterapia foi introduzida em 2023 na ESF Nívio Ozzetti por uma enfermeira, e em 2024, a reflexologia também passou a ser oferecida aos profissionais de saúde e à população. Na mesma unidade, uma enfermeira obstetra iniciou a auriculoterapia em gestantes em 2024. Uma agente comunitária de saúde passou a realizar atendimentos semanais de reiki, e uma enfermeira oferece reiki semanalmente na ESF Ítalo Curti. Atualmente, o município conta com seis profissionais atuando em sete diferentes PICS.

Os benefícios das PICS incluem a melhora da qualidade de vida, redução do estresse, alívio de sintomas crônicos, prevenção de doenças e equilíbrio do corpo e da mente. Relatos dos pacientes indicam melhorias na ansiedade, qualidade do sono e aumento da disposição. A inclusão das PICS nas unidades de saúde ocorre em horários adequados às necessidades locais e à disponibilidade dos profissionais e usuários, mantendo o fluxo regular dos serviços de saúde. A relação entre profissional e usuário nas PICS é mais acolhedora, com uma escuta mais eficaz, promovendo o autoconhecimento e uma relação de parceria entre os profissionais.

Entre as principais potências no desenvolvimento das PICS no SUS estão o avanço no campo da saúde integrativa, com um olhar ampliado sobre o cuidado humanizado, contínuo e integral de indivíduos e comunidades. A colaboração com o Espaço Holístico Rancho de Luz é vista como uma oportunidade para adquirir saberes e experiências que podem ser observadas na implementação das PICS.²

Os desafios incluem o financiamento específico, fornecimento de insumos (como agulhas para acupuntura e materiais para auriculoterapia, óleos essenciais e frascos), e o desconhecimento das PICS pelos profissionais de saúde, o que pode disseminar conceitos equivocados e gerar dificuldades nas relações médico-paciente e entre colegas praticantes. Além disso, a formação e qualificação dos profissionais, geralmente realizadas no setor privado, precisam ser viabilizadas em número adequado para atuação no SUS.

As expectativas são que as PICS sejam compreendidas como práticas de saúde, e não de fé ou crença, e que haja uma ampliação na divulgação e interesse dos gestores em criar ambientes favoráveis à saúde integral. As PICS visam estimular métodos naturais de preven-

² Etimologicamente, a palavra diagnóstico provém do grego, *diágnōsis* (diagnose), que significa conhecer através de; ação e faculdade de discernir, discernimento; distinguir (LUZ, 2012).

ção e recuperação, integrando o ser humano à natureza e proporcionando uma visão ampliada do processo saúde-doença, colaborando com os tratamentos convencionais. As PICS são, portanto, a arte de encontrar a essência e a exuberância de cada ser humano.

OBJETIVOS

1. Incorporar e implementar a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos, da promoção, proteção e recuperação da saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos, redução de danos, em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, direcionada para ações que impactem positivamente na saúde e autonomia das pessoas e coletividades.

2. Promover o acesso de usuários às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, garantindo qualidade, eficácia, resolutividade e segurança no uso, bem como cuidado contínuo, humanizado e integral em saúde.

3. Promover a difusão do conhecimento sobre as ações de saúde, estimulando estratégias socialmente orientadas e contributivas para o desenvolvimento sustentável de comunidades, identificando recursos existentes nos territórios, de forma intersetorial e multidisciplinar.

4. Estimular processos de Educação Permanente em Saúde, referentes ao controle e participação social e à participação popular promovendo o envolvimento responsável e contínuo de usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde do município de *[nome do município]*, com vistas a incorporar em seus processos de trabalho as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e seus princípios.

5. Definir diretrizes e estratégias da gestão municipal para implantação e implementação e coordenação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no SUS de (nome do município).

6. Produzir estratégias e instrumentos de avaliação das ações realizadas com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, por meio de planejamento, acompanhamento e monitoramento, em parceria com o quadrilátero ensino-serviço-gestão-control social.

7. Promover e ampliar o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia de indivíduos e coletividades, por meio de espaços intersetoriais de gestão que possibilitem acordo entre necessidades, demandas e interesses comuns de usuários, trabalhadores e gestores.

8. Valorizar e reconhecer a diversidade cultural, promovendo o diálogo e o intercâmbio solidário entre os saberes e práticas técnico-científicas dos saberes e práticas populares e

ancestrais, no âmbito do SUS.

9. Firmar compromissos em defesa do direito universal à saúde para melhorar a qualidade de vida individual e coletiva, fortalecendo assim, as redes solidárias de cuidado e a intersetorialidade com articulação entre as secretarias: da saúde, da educação, do esporte e lazer, da assistência e promoção social, do turismo, do meio ambiente, da cultura, da segurança, da habitação, do transporte, dentre outras.

10. Estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional de trabalhadores do SUS, em consonância com profissionais de outros setores do município, para a transformação das práticas de saúde, em direção ao atendimento dos princípios da integralidade, equidade e universalidade de acesso, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.

11. Determinar e prover rubrica orçamentária para a implantação e implementação da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.

12. Incluir automaticamente na Política Municipal as práticas que possam vir a ser incorporadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde (PNPIC).

DIRETRIZES

Fortalecimento e Estruturação das PICS no SUS:

- Fortalecimento das iniciativas de PICS e terapêuticas afins já existentes no município.
- Estruturação e fortalecimento da atenção em PICS na rede municipal de saúde, a partir de fluxos de atendimento e encaminhamento.
- Inserção das PICS em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, com agenda de atividades e o máximo de integração aos cuidados convencionais;
- Articulação das ações de PICS junto à participação popular e conselho municipal de saúde.
- Desenvolvimento de parceria com outras instituições, especialmente considerando também o quadrilátero ensino-serviço-gestão-control social.
- Desenvolvimento de ações de continuidade do cuidado com as PICS.
- Viabilização de concurso público para cargo de profissionais de PICS.
- Inserir no plano de cargos e carreiras, cargos para profissionais com formações em PICS e movimentação desses profissionais na Rede Municipal de Saúde.

Definição de Fluxo de Atendimento e Encaminhamento para as PICS no SUS:

- Elaboração de Protocolo de atendimento e de fluxo de acesso para atendimento de usuários nas PICS nos serviços de saúde.
- Definição do fluxo de atendimento às PICS estabelecendo encaminhamentos por profissionais e por demanda espontânea.
- Organização de agenda e estruturação de atendimento por demanda programada e por demanda espontânea, ampliando o acesso às PICS.

Divulgação e Promoção das PICS no SUS:

- Apresentação e divulgação das PICS para usuários, profissionais da saúde, gestores, Conselho Municipal de Saúde e sociedade como um todo.
- Elaboração de materiais de divulgação das PICS, como cartazes, cartilhas, folhetos, vídeos informativos, na imprensa local, nas mídias oficiais da prefeitura, na Rede Municipal de Saúde, bem como em redes sociais.
- Promoção do acesso de usuários por meio de divulgação e informação dos conhecimentos básicos sobre as PICS para os usuários da rede.
- Apoio técnico e financeiro para as estratégias de divulgação e promoção das PICS no SUS.

Infraestrutura, locais e materiais adequados:

- Viabilização de local adequado para o atendimento de PICS, como consultórios e salas devidamente mobiliadas, bem como espaços organizados e estruturados para atividades grupais, como salas amplas, jardins, praças, quadras esportivas e similares.
- Garantia do acesso a materiais e insumos estratégicos para ações com qualidade e segurança para implementação das PICS.
- Viabilização de agenda exclusiva do profissional com carga horária definida para o atendimento em PICS.

Qualificação e capacitação de profissionais em consonância com a educação permanente em saúde:

- Apoio à capacitação e qualificação multiprofissional por meio de reuniões periódicas com a equipe de Educação Permanente em Saúde e capacitações e atualizações nas áreas de atuação das PICS.
- Desenvolvimento de estratégias de qualificação em PICS, considerando as metodologias participativas, a participação social, os saberes popular, tradicional, ancestral e científico.
- Realização de cursos para formação de profissionais em PICS e qualificação de profissionais já formados, visando aprimoramento contínuo e ampliação de competências técnicas.
- Estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional de trabalhadores do SUS, em consonância com profissionais de outros setores do município, para a transformação das práticas de saúde, em direção à intersetorialidade e ao atendimento dos princípios da integralidade, equidade e universalidade de acesso, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.

Financiamento e Orçamento

- Articulação e sensibilização junto ao poder executivo local, ao legislativo, ao Conselho Municipal de Saúde para inserção das demandas de PICS, na Lei de Diretrizes Orçamentárias.
- Articulação junto ao Conselho Municipal de Saúde e ao Poder Legislativo local no sentido de incluir no Orçamento Municipal recursos específicos para a implantação e implementação das PICS.
- Definição e destinação de verba para reserva de valores para implantação e implementação das PICS nos Planos Plurianuais (PPA).
- Vinculação de rubrica orçamentária para implantação e implementação da política municipal de PICS no município.
- Articulação junto ao Conselho Municipal de Saúde e ao Poder Legislativo para garantir a indicação de emendas impositivas destinadas às PICS através da Secretaria Municipal de Saúde.

- Estabelecimento de mecanismos de financiamento para projetos e programas de formação que assegurem a especialização e o aperfeiçoamento em PICS aos profissionais do SUS.
- Realização de avaliação periódica, trimestral ou conforme necessidade do município, do incremento das ações realizadas a partir do primeiro ano, com finalidade de ajustes no financiamento, por meio de desempenho e pactuação.

Incorporação Automática e Revisão Legislativa das PICS

- Inclusão automática na Política Municipal, com garantia da revisão e atualização da legislação municipal, para incorporação das PICS que possam vir a ser integradas à PNPIC.

Criação de Comissões e Fóruns

- Garantia de uma comissão, ou coordenadoria, ou núcleo, ou grupo de trabalho com equipe técnica em PICS, responsável pela implantação e implementação da política municipal, e desenvolvimento de ações de PICS.
- Aprovação deste grupo responsável em PICS pelo Conselho Municipal de Saúde.
- Garantia de atuação deste grupo responsável em PICS como dispositivo de gestão, para acompanhamento da implantação e implementação da política municipal, e desenvolvimento de ações de PICS.
- Criação de Fóruns municipais e regionais de PICS para o fortalecimento de ações locais regionais, ampliando o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia de indivíduos e coletividades.
- Promoção do Encontro Anual das PICS com objetivo de avaliar as ações desenvolvidas, produzir debates e divulgar as PICS e impactos na saúde da população.
- Manutenção do Grupo de Trabalho PICS (GT PICS DRS III/UFSCar) e de suas atividades mensais, com participação estendida aos 24 municípios do DRS III/RRAS 18.

Acompanhamento e Avaliação

- Promoção de parceria com o quadrilátero ensino-serviço-gestão-control social para acompanhamento e avaliação das ações de PICS realizadas.
- Criação de estratégias e indicadores de acompanhamento e avaliação das PICS.

- Introdução de mecanismos de avaliação em campo, para o levantamento de dados qualitativos e quantitativos das ações realizadas com as PICS.
- Apresentação de indicadores e resultados em instrumentos de gestão e fóruns de discussão.
- Produção de relatório anual das atividades de PICS desenvolvidas no município, identificando potencialidades e desafios.

Parcerias e Ações Intersetoriais de PICS

- Firmar compromissos com pactos sanitários para melhorar a qualidade de vida individual e coletiva por meio das PICS, fortalecendo as redes solidárias de cuidado e a intersetorialidade com articulação entre as secretarias da saúde, da educação, do meio ambiente, do esporte e lazer, da promoção social, da cultura, da segurança, da habitação, dentre outras, em defesa do direito universal à saúde.
- Estímulo e promoção de ações intersetoriais e multidisciplinares voltadas para as PICS, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações, identificando recursos e experiências existentes nos territórios.
- Realização de parcerias com ensino-pesquisa-serviço-gestão-controle social para garantia de ações de PICS com qualidade, segurança e eficácia.
- Inclusão das PICS no Programa Município Verde Azul e programas afins, atendendo às demandas ambientais e dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Promoção de Espaços e Valorização de Saberes

- Promover espaços de encontros para a valorização e divulgação dos diferentes saberes populares, tradicionais e ancestrais, na rede Municipal de Saúde e em espaços interseoriais, (ex.: feiras para exploração de ervas medicinais, rodas, tendas, culturas tradicionais e ancestrais, entre outras).

Inserção das PICS nos diferentes instrumentos de gestão:

- Inserção das PICS nos Planos Plurianuais (PPA) ou Planos Municipais de Saúde (Quadrienais), na Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão (RAG), Plano Diretor de Regionalização (PDR), Programação Pactuada e Integrada (PPI), a partir do ano da publicação da política municipal.

RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

Gestão Municipal

- Elaborar normas técnicas para a implantação e implementação da PMPIC na Rede Municipal de Saúde.
- Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política, considerando emendas impositivas e outras formas de arrecadar recursos destinados às PICS e sua política municipal.
- Apresentar à deliberação do Conselho Municipal de Saúde propostas de atualização, alteração, inclusão e revisão da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC), considerando atualização e mudanças da PNPIC.
- Realizar assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e homeopáticos, bem como realizar a vigilância sanitária no tocante a esta política e suas ações decorrentes na sua jurisdição.
- Inserir na assistência farmacêutica as plantas medicinais, os fitoterápicos e homeopáticos.
- Realizar a vigilância sanitária referente à PMPIC e a ações decorrentes, incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia, com especial atenção às plantas medicinais e aos fitoterápicos, no seu âmbito de atuação.
- Criar e ou aprovar a criação da comissão, ou coordenadoria, ou núcleo, ou grupo de trabalho com equipe técnica em PICS e usuários, responsável pela implantação e implementação da política municipal, e desenvolvimento de ações de PICS.
- Fortalecer o Grupo de Trabalho das PICS (GT PICS DRS III-UFSCar) apoiando a participação de profissionais de saúde.
- Incentivar a participação de profissionais em Seminários, Congressos e eventos afins, estimulando a apresentação de trabalhos e relatos de experiências.
- Promover articulação intersetorial para efetivação da Política Municipal de PICS.

Responsabilidades da Gestão Municipal, adaptadas da PNPIC

Divulgar a PMPIC no SUS.

- Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da PMPIC.

- Definir recursos orçamentários e financeiros para implementação desta política, considerando a composição tripartite.
- Apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política Municipal da PICS no Conselho Municipal de Saúde.
- Estabelecer mecanismos para a qualificação aos profissionais do sistema local de Saúde.
- Promover articulação intersetorial para efetivação da PMPIC.

Responsabilidades Institucionais Comuns às Três Esferas da Gestão, segundo a PNPIC.

Quadro 4: Responsabilidades Institucionais Comuns às Três Esferas da Gestão, segundo a PNPIC.

ESFERA FEDERAL	ESFERA ESTADUAL	ESFERA MUNICIPAL
• Elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC no SUS • Estimular pesquisas de formação e desenvolvimento tecnológico para a PNPIC. • Estabelecer diretrizes para a educação permanente em Saúde. • Manter articulação com os estados para apoio à implantação e à supervisão das ações. • Garantir a especificidade da assistência farmacêutica em homeopatia e fitoterapia para o SUS na regulação sanitária. • Considerando a RENAME, elaborar e revisar, periodicamente a relação de Plantas Medicinais com Potencial de Utilização no SUS. • Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de	• Elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede de Saúde • Implementar as diretrizes da educação permanente em consonância com a realidade local/regional. • Manter a articulação com os municípios para apoio à implantação e supervisão de ações. • Acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos. • Exercer a vigilância sanitária no tocante à PNPIC e a ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia no seu âmbito de atuação. • Apresentar e aprovar a proposta de inclusão da PNPIC no Conselho Estadual de Saúde.	• Elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede municipal de Saúde • Estabelecer mecanismos para qualificação dos profissionais do sistema local de saúde • Realizar assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e homeopáticos, bem como a vigilância sanitária no tocante a essa política e suas ações decorrentes na sua jurisdição. • Apresentar e aprovar a proposta de inclusão da PNPIC no Conselho Municipal de Saúde. • Exercer a vigilância sanitária no tocante à PNPIC e a ações decorrentes, bem como incentivar o desenvolvimento de estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia no seu âmbito de atuação.

plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos nas relações nacionais.

- Elaborar e atualizar as monografias de plantas medicinais, priorizando as espécies medicinais nativas nos moldes daquelas formuladas pela OMS.
- Elaborar mementos associados à Relação Nacional de Plantas Medicinais e de Fitoterápicos.
- Estabelecer normas relativas ao uso de plantas medicinais e de fitoterápicos nas ações de atenção à saúde no SUS.
- Fortalecer o sistema de Farmacovigilância Nacional, incluindo ações relacionadas às plantas medicinais e medicamentos homeopáticos.
- Implantar o banco de dados dos serviços de PNPIC no SUS, instituições de ensino e pesquisa, assim como, pesquisadores e resultados das pesquisas científicas em PNPIC.
- Criar o Banco Nacional de Preços para os insumos da PNPIC pertinentes, para orientação aos estados e municípios.

Fonte: Elaboração própria com base na PNPIC.

Figura 12: Responsabilidades comuns da Esfera: Federal, Estadual e Municipal, segundo a PNPIC.

RESPONSABILIDADES COMUNS DA ESFERAS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL, SEGUNDO A PNPIC	
• Definir recursos orçamentários e financeiros para a implantação desta política, considerando a composição tripartite;	
• Promover articulação intersetorial para a efetivação desta política nacional;	
• Estabelecer instrumentos e indicadores para acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta política;	
• Divulgar PNPIC no SUS;	

Fonte: Elaboração própria com base na PNPIC.

6.2 DEMANDAS, DESAFIOS E POTENCIALIDADES DO PROCESSO DE ELABORAÇÃO COLETIVA DA ESTRUTURAÇÃO DE PMPIC.

A análise das demandas, desafios e potencialidades do processo de construção coletiva da estruturação de PMPIC permitiu identificar elementos essenciais à sua efetivação nos territórios. As estratégias de implantação e implementação da política e das próprias práticas emergiram como principais demandas. Para que essas estratégias fossem viabilizadas, as participantes indicaram a necessidade de ações como: divulgação de informações sobre as PICS e sobre a PMPIC; elaboração de relatórios, definição de indicadores e disponibilidade de recursos financeiros; organização do acesso e fluxos assistenciais; e o fortalecimento de espaços coletivos de discussão e controle social, como os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o CONASS e o CONASEMS.

Além das demandas, a pesquisa-ação revelou desafios significativos enfrentados ao longo do processo coletivo de elaboração da PMPIC. As participantes apontaram como obstáculos centrais: as resistências culturais ainda presentes nos serviços de saúde quanto à legitimidade das PICS; a importância da presença e apoio da gestão para garantir continuidade e legitimidade às ações; a dificuldade de conciliar as agendas dos profissionais para construção conjunta das diretrizes da política; e, a baixa participação dos usuários nas etapas decisórias, evidenciando a necessidade de fortalecer o controle social como um pilar estratégico para a

institucionalização das PICS nos territórios.

Por fim, a análise evidenciou como principal potencialidade do processo a Educação Permanente em Saúde (EPS), reconhecida como eixo transversal que mobilizou reflexões críticas e aprendizagem coletiva ao longo de todas as etapas. Desde a análise documental do GT PICS DRS III/UFSCar até a formulação participativa da estruturação de PMPIC, a EPS revelou-se como um dispositivo formativo e político, capaz de sustentar processos emancipatórios e fortalecer a institucionalização das práticas integrativas no SUS.

6.2.1 Demandas do processo de elaboração coletiva da estruturação de PMPIC: estratégias para implantação e implementação tanto das PICS quanto da sua política municipal.

As demandas foram identificadas no decorrer de todo o processo de elaboração da estruturação de política municipal, desde a análise documental dos registros dos encontros do GT PICS DRS III/UFSCar, e ao longo das oficinas desenvolvidas pelas participantes da pesquisa-ação.

Pelo dicionário online brasileiro de língua portuguesa, Michaelis (2025), a palavra “demanda” significa ação de demandar, demonstração de uma vontade, ação de solicitar, ato de buscar algo. Neste estudo, as demandas sobre estratégias para implantação e implementação tanto das PICS quanto da sua política municipal foram: divulgação de informações sobre as PICS e sobre a política municipal; necessidade de relatórios, indicadores, recursos financeiros; acesso e organização de fluxos; e demandas por espaços coletivos de discussão e dispositivos do SUS tais como o CMS, a CIB, o CONASS e o CONASEMS, as quais são apresentadas a seguir:

Divulgação de informações sobre as PICS e sobre a política municipal

As falas das participantes demonstram a necessidade de aprimorar o entendimento acerca das Práticas Integrativas e Complementares por parte das próprias participantes. Tal necessidade abrange aspectos como conceito, alcance, acesso, eficácia e desmistificação viabilizando um conhecimento mais aprofundado. Com o avanço desse entendimento entre as participantes durante as oficinas de pesquisa-ação, essa demanda foi sendo gradualmente direcionadas a outros públicos, incluindo gestores, diferentes profissionais da saúde e usuários

do SUS.

“Há necessidade de divulgação para a população para desmistificar, reduzir pré-conceitos” (RUBI, GT/2023).

Agora nessa semana da enfermagem nós fizemos um movimento, um acolhimento dos enfermeiros e gestores com meditação e com aromaterapia, aí a gente conseguiu nos apresentar e falar sobre essas práticas que estamos atuando no momento, muitos falaram “nossa, mas não sabia que vocês trabalhavam com isso”, “não sabia que você estudava isso”. Então eu acho que esse instrumento ele traz isso, a gente mostrar quem são os profissionais que estão trabalhando e o que são as PICS, para desmistificar, sensibilizar e para mostrar mesmo o trabalho pra população de um modo geral (PIRITA, GT/2023).

“[...] fazer mais divulgação, um glossário de cada palavra [...] explicar sobre as PICS, tirar da letra miúda - as explicações importantes que ficam em nota de rodapé -” (AVENTURINA, oficina 5).

“[...] trabalhar a questão da divulgação, porque a gente vê tanta política boa no papel e que todo mundo desconhece [...] falta muito a divulgação” (RUBI, oficina 4)

Logo, estratégias de comunicação eficazes são primordiais para preencher as lacunas relacionadas à divulgação de informações. Isso se alinha aos resultados de Barros et al. (2020), os quais indicam que a falta de conscientização entre profissionais de saúde e a comunidade contribui para a subutilização das PICS nos ambientes de atenção primária à saúde.

Proporcionar e estabelecer espaços coletivos para discutir as diferentes racionalidades e a ampliação do cuidado em saúde entre os atores das PICS se faz indispensável. Fóruns podem facilitar a troca de experiências e melhores práticas, promovendo um ambiente colaborativo para a implantação das PICS. O conceito de espaços coletivos ressoa com o quadrilátero proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004), que enfatiza a integração de ensino, gestão, cuidado e controle social na formação em saúde. Esses espaços podem informar e capacitar os profissionais de saúde a se envolverem ativamente, inclusive, no processo de formulação de políticas, garantindo que as vozes de todas as partes interessadas sejam ouvidas.

Tesser, Sousa e Nascimento (2018) destacam a importância da divulgação de informações sobre práticas integrativas por meio de pesquisa, educação, relatórios de dados precisos, adaptação cultural e através do papel proativo dos profissionais de saúde na integração dessas práticas na atenção primária à saúde. Esse papel proativo, reforçado pela educação permanente em saúde, estimula a autonomia dos trabalhadores e amplia sua capacidade de atuação como multiplicadores de saberes.

O estudo de Subramaniam et al. (2023), do Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA) demonstra estratégias diversificadas para divulgar informações, a exemplo de infográficos, guias práticos baseados em pesquisa e vídeos on-line, atendendo a diferentes estilos e preferências de aprendizagem, tornando as informações mais acessíveis a um público dilatado.

Segundo Tesser, Sousa e Nascimento (2018) observa-se um volume crescente de pesquisas científicas sobre PICS, o que contribui para uma melhor compreensão e conscientização sobre essas práticas entre os profissionais de saúde e o público, legitimando e promovendo seu uso nos ambientes de saúde. Entretanto, mais pesquisas são necessárias para avaliar a eficácia de diferentes formatos de divulgação na promoção da compreensão e aceitação de práticas integrativas.

É importante realizar pesquisas que identifiquem as preferências e interesses específicos de diferentes públicos quanto às práticas integrativas, como aponta Gremm D. et al. (2021) em estudo que enfatiza a necessidade de o aconselhamento em medicina integrativa ser incorporado ao tratamento oncológico.

Nesse sentido, compreender como diferentes grupos percebem e utilizam informações sobre práticas tradicionais e integrativas pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de divulgação personalizadas que ressoam com seus valores e crenças. Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a conexão entre divulgação e educação em saúde é chave estratégica para garantir acesso ampliado, acolhimento das diversidades e adesão qualificada às práticas ofertadas.

Relatórios, Indicadores e recursos financeiros.

Durante os encontros do GT PICS DRS III/UFSCar, como também, nas oficinas foi mencionada a importância de se prever estratégias de monitoramento e avaliação da política. Essa demanda aponta para a importância de sistematizar as ações desenvolvidas com as PICS através de relatórios periódicos das atividades, devolutivas e registros em sistemas de informação, inclusive como indicadores para a gestão: “Metas e processos de avaliação são relevantes e necessários para viabilizar as PICS” (PEDRA DO SOL, GT 05/04/23).

Se essas PICS estivessem dentro do Município Verde Azul ou algo parecido...porque nós estamos falando de saúde e isso é uma “ODS” ... colocar essas práticas, a execução dessas práticas como algo que represente um índice para o Municí-

pio e que depois o gestor seja alertado, beneficiado, dizendo assim: Oh, se você fizer isso, mais adiante você vai melhorar o seu índice e o seu município vai ficar bem na fita” (AMAZONITA, oficina 4).

“Eu sugeri que seria legal colocar dentro da política algum tipo de indicador de desempenho para medir esse progresso e o sucesso desses nossos objetivos aqui” (AVENTURINA, oficina 4).

"Buscar recursos em nível federal e estadual para financiar as práticas"(PEDRA DO SOL, oficina 1).

“O desafio é garantir que a partir daqui ou a partir do ano que vem a gente tenha nem que for o mínimo para a gente começar, o recurso financeiro” (QUARTZO ROSA, oficina 4).

A ausência de relatórios padronizados, indicadores específicos e instrumentos de avaliação foi considerada um risco pelas participantes, especialmente em relação à sustentabilidade da política, caso ela seja aprovada formalmente. No entanto, a produção desses documentos pode subsidiar as decisões da gestão municipal, facilitar a prestação de contas por parte dos profissionais e reforçar a legitimidade da política nos espaços de negociação intermunicipal e estadual. Além disso, os indicadores ajudam a identificar lacunas e áreas de melhoria nos sistemas de saúde (BRASIL, 2023).

Ruela et al., 2019 mostram que apesar do aumento do uso de PICS nos últimos anos, seu potencial terapêutico e contribuições para a saúde ainda não estão totalmente explorados no SUS, pois existem lacunas significativas na avaliação dos PICS nos serviços e no monitoramento do impacto da política.

A demanda por financiamento apontada nesta pesquisa também é uma demanda recorrente acerca das PICS. Embora alguns municípios possuam práticas integrativas já incorporadas nos serviços, à escassez de profissionais e de recursos específicos, tais como recursos materiais, é vista como um entrave persistente. Para Chung et al. (2023) é importante ampliar o número de pesquisas que adotem metodologias rigorosas e adequadas às especificidades das Medicinas Tradicionais Complementares e Integrativas (MTCI) de modo a garantir sustentação científica a essas abordagens de tal forma que este fortalecimento da base empírica pode contribuir significativamente para o reconhecimento institucional das MTCI, ampliando as possibilidades de financiamento, subsidiando a construção de modelos mais justos de remuneração.

ração aos profissionais envolvidos.

O estudo de Raja et al. (2024) aborda como as limitações financeiras impactam a pesquisa em MTCI e destaca que a falta de investimento financeiro prejudica tanto a quantidade quanto a qualidade da pesquisa em PICS, dificultando seu reconhecimento e integração na prática clínica. Para superar esses desafios, as estratégias propostas incluem o aumento do financiamento e a promoção de práticas de ciência aberta, visando melhorar a pesquisa e a aceitação das PICS na comunidade de saúde.

Acesso e organização de fluxos

O acesso e o fluxo de encaminhamento para as PICS se constituem em outra demanda significativa, conforme mostram algumas falas das participantes.

Atualmente, a equipe está alocada no Centro de Saúde, com duas salas dedicadas à atenção materna infantil e às práticas integrativas. O acesso às práticas é espontâneo, sem necessidade de encaminhamento, abrangendo todas as faixas etárias, desde recém-nascidos até idosos (OPALA, oficina 6).

“Há a necessidade de regulação do acesso dos pacientes [...] Necessidade de espaço na agenda para maior atuação nas PICS e assim traçar um fluxo adequado de encaminhamentos e demanda espontânea” (SAFIRA, GT/2023).

O acesso à saúde é um conceito complexo que envolve a capacidade dos indivíduos de receber os serviços necessários, influenciados por fatores como oferta de serviços e circunstâncias individuais (TRAVASSOS; MARTINS, 2003).

No contexto das PICS, a melhoria do acesso demanda atenção especial à estrutura dos fluxos de encaminhamento, ou seja, os caminhos que os usuários percorrem dentro do sistema de saúde para acessar essas práticas. A otimização desses fluxos, ao reduzir barreiras operacionais e tempo de espera, pode ampliar a resolatividade e a satisfação do usuário. Como alertam Andrade et al. (2022) é necessário refletir sobre a distribuição dos serviços, a formação dos profissionais e sobre a percepção dos usuários a respeito das PICS para desenvolver a acessibilidade dessas abordagens de cuidado no SUS.

Nesse processo, a disseminação qualificada de informações desempenha papel estratégico, pois atua de maneira transversal ao acesso e ao fluxo. Profissionais bem informados tendem a compreender melhor os princípios, as indicações e as possibilidades terapêuticas das

PICS, o que favorece sua incorporação na implementação do cuidado e nos encaminhamentos cotidianos. De acordo com Subramaniam et al. (2023), estratégias comunicacionais eficazes podem apoiar diretamente a prestação de cuidados, promovendo maior integração entre oferta, demanda e acesso. Dessa forma, informação e acesso revelam-se dimensões interdependentes na construção de políticas públicas que buscam garantir a efetiva inserção das PICS no SUS.

Mesmo nos municípios com maior experiência em PICS, as profissionais relataram que recebem os pacientes para as práticas através de encaminhamentos verbais e informais, verbalizando inclusive, o desconhecimento sobre como fazer encaminhamentos, por ausência de protocolos e inexistência de uma rede articulada de cuidados o que constitui uma fragilidade no processo de implementação das PICS.

Para Costa (2021), uma forma de favorecer e garantir acesso universal e equitativo nos serviços de saúde a toda população é através da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A RAS constitui-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, visando integrar e coordenar o cuidado, atendendo às necessidades de saúde da população. Para tanto, a RAS deve ser organizada e coordenada por meio da APS, considerando a integralidade, longitudinalidade, a intersetorialidade e remodelagem dos processos de gestão e de atenção à saúde nos diferentes pontos de produção do cuidado (STARFIELD, 2002; MENDES, 2015; AYRES, 2009).

Para Brasil (2006, 2007) e Costa (2021) as lacunas no campo do fluxo e acesso aos atendimentos impactam diretamente na equidade e na continuidade do cuidado, e reforçam a ideia de que a implementação das PICS não depende apenas de dispositivos técnicos, mas também da construção de redes de saber e cuidado, sustentadas por processos formativos permanentes.

As participantes dessa PA entendem que a política municipal precisa orientar os caminhos de entrada dos usuários, os critérios de prioridade, a articulação com os serviços da atenção primária, secundária e com a rede de saúde mental, quando necessário. Também foi sugerido o mapeamento das ofertas existentes em cada território e disponibilizada na própria rede de atenção à saúde municipal. Para Costa (2021) a construção de um sistema de governança compartilhada em que o poder e a tomada de decisões não sejam centralizados é fundamental. Isso envolve relações horizontais entre vários atores políticos, gestores de saúde e prestadores de serviços. Essa estratégia sugere que, se todos estiverem envolvidos na gestão como parceiros iguais, a rede poderá funcionar com mais facilidade.

Espaços coletivos de discussão e dispositivos do SUS tais como o CMS, a CIB, o CONASS e o CONASEMS.

Para garantir a sustentabilidade das Práticas Integrativas e Complementares e da própria política de saúde, é essencial fortalecer e ocupar espaços coletivos de debate e pactuação no SUS (BRASIL, 2006). A formulação da estruturação coletiva da PMPIC evidenciou que nos municípios participantes, essas abordagens de saúde se dão de modo muito diverso, pois alguns ainda recebem pouca atenção nos Conselhos Municipais de Saúde e, em alguns casos, sequer integram as pautas de discussão, e outros possuem maior articulação e engajamento.

Vale ressaltar que a invisibilidade compromete a institucionalização da política e limita o alcance das ações no território (SOUZA et al., 2012).

Foi consenso entre o coletivo que a estruturação de política deveria prever mecanismos para garantir a participação social, a prestação de contas, a avaliação participativa e o diálogo contínuo com os diversos atores da rede.

No campo da gestão, torna-se fundamental intensificar o apoio institucional entre os entes federativos, promovendo a qualificação e sensibilização dos envolvidos, incluindo profissionais de saúde, gestores, conselhos municipais e nacionais, como o Conselho de Secretarias Municipais (COSEMS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (AMADO; ROCHA, 2021).

O CONASEMS representa os municípios na esfera nacional, nas instâncias do SUS, sendo importante politicamente nos processos de construção e pactuação das políticas de saúde no país. Os encontros, em 1988, passaram a ser organizados na forma de congresso e, no mesmo ano, na cidade de Olinda-PE, foi eleita sua primeira diretoria (CONASEMS, 2008). Refletindo sobre essa necessidade, as participantes dizem:

Necessidade de articular ações com equipamentos de Educação e Promoção Social; estimular e ampliar nas unidades a oferta de PICS; investir na divulgação das PICS nas redes sociais; pautar no Conselho Municipal de Saúde apresentando o que já vem sendo ofertado; levar aos candidatos ao Pleito Municipal a proposta da implantação das PICS (PEDRA DO SOL, oficina 1).

“Em 2021, essas profissionais realizaram uma apresentação sobre as PICS durante uma reunião do Conselho Municipal de Saúde, contando com a presença do prefeito e de membros da gestão” (QUARTZO ROSA, oficina 6).

“Investir na divulgação das PICS nas redes sociais; pautar no Conselho Municipal de Saúde apresentando o que já vem sendo ofertado; levar aos candidatos ao Pleito Municipal à proposta da implantação das PICS” (PEDRA DO SOL, oficina 8).

“[...] a gente tem que levar para reunião de CIB, né, de Bipartite, debater isso nos espaços que são institucionais de gestão [...] porque isso dá mais uma força para a gente [...] imagina no próximo congresso do COSEMS ir um monte de trabalho de auriculoterapia, um monte de trabalho sendo apresentado lá, dessa região, então o gestor tem que dar visibilidade para esse trabalho” (PEDRA DO SOL, oficina 8).

“Se possível ter uma comissão de PICS e buscar apoios, tanto da população quanto dos profissionais e vereadores/prefeito. A facilidade daqui são às nossas gestoras que gostam e aceitam às PICS, então o prefeito comprou material e estou aplicando nos grupos que tenho contato” (RUBI, GT/2023).

O interesse das participantes em incluir o debate sobre as PICS nos diferentes Conselhos e Comissões assinala a necessidade de ampliar sua visibilidade e consolidá-las nas pautas de saúde municipais e estaduais. Esse movimento está alinhado aos princípios da Educação Permanente em Saúde, ao reconhecer os espaços coletivos como instâncias legítimas de formação, troca e produção de saberes. Além disso, a diversidade de atores presentes nessas estruturas institucionais demonstra que a efetivação da política depende de uma atuação conjunta para se tornar realidade (MELO; SANT’ANA; BASTOS, 2022).

6.2.2 Desafios do processo de elaboração coletiva da estruturação de PMPIC: entre resistências culturais, gestão e fortalecimento do controle social.

A elaboração coletiva da estruturação de PMPIC revelou um conjunto de desafios multidimensionais, identificados a partir da análise documental do GT PICS DRS III/UFSCar de 2023 e das oficinas da pesquisa-ação realizadas em 2024. Os desafios apontados foram: resistências culturais, presença e apoio da gestão, agenda para definição das diretrizes e fortalecimento do controle social.

Resistências Culturais

Os contextos culturais da região apontaram o desafio de superar preconceitos profundamente enraizados. Além disso, reforçou-se a importância de legitimar as práticas integrati-

vas e complementares como abordagens sólidas, afastando-as de interpretações que as reduzam a meros conceitos utópicos ou efêmeros. Essas vivências demonstram a complexidade e a interconectividade dos desafios enfrentados.

Como desafio histórico e cultural, uma das participantes compartilha a realidade de seu município: “Desafio é isso, pular essa barreira de cidade de coronéis, de cabeça de 1800” (QUARTZO ROSA, oficina 5).

Essa fala mostra barreiras de ordem cultural e simbólica, ligadas a valores, crenças e representações sociais historicamente construídas nos territórios. A metáfora usada por uma das participantes — “cidade de coronéis, de cabeça de 1800” — revela como a tradição cristalizada em modelos arcaicos de certas culturas locais ainda opera como obstáculo à participação democrática e à inovação nas políticas públicas de saúde. Este é um desafio que assinala que o processo de formulação e implementação de políticas públicas em Práticas Integrativas e Complementares se depara com obstáculos históricos e culturais, profundamente enraizados também na hegemonia do modelo biomédico (TESSER; BARROS, 2008).

Arelada a essa hegemonia, a cultura técnico-cientificista consolidada nas práticas e instituições de saúde ainda tende a deslegitimar saberes tradicionais e práticas integrativas, exigindo esforços contínuos de desconstrução de preconceitos e reconstrução de sentidos no território onde persiste uma cultura das PICS como práticas periféricas, naturais ou mesmo “utópicas”, como mostra o recorte a seguir. Nessa perspectiva, superar as PICS como utopia na direção de alcançar seu reconhecimento e de sua política pública também foi um resultado significativo:

“Para mim, o desafio é fazer com que as pessoas não vejam as PICS só como 'algo que seja natural', que não seja efêmero, não seja utópico” (OPALA, oficina 5).

Outro aspecto significativo identificado foi a ausência de uma cultura política voltada à construção ascendente de políticas, ou seja, a formulação que parte do território, das experiências vividas, uma política de base que parte das necessidades concretas das populações:

“Dificuldades: pensar política; não temos essa prática nem cultura. Demandas: creio que identificar nossas próprias necessidades municipais” (LÁPIS LÁZULI, GT 19/04/23).

“Desafio de fazer as PICS tornarem-se política pública e ser reconhecida, não só pelos gestores, mas também por todos os profissionais, como efetiva” (SAFIRA, GT 17/04/23).

As participantes reconheceram a dificuldade de “pensar política” como uma prática cotidiana, expressando a lacuna formativa e o distanciamento histórico da sociedade civil em relação aos processos decisórios e democráticos. Essa constatação evidencia o quanto ainda é

necessário investir em estratégias de Educação Permanente em Saúde e Educação Popular em Saúde que promovam o empoderamento social e a reconstrução simbólica tanto da participação democrática e social no SUS quanto de suas políticas (BRASIL, 2013; CARVALHO; MERHY; SOUSA, 2019), a exemplo da própria política das PICS.

Carvalho, Merhy e Sousa (2019) apontam que historicamente, o processo instituído de formulação de políticas está mais centralizado, sendo protagonizado predominantemente pelo Ministério da Saúde, ressaltam que há um distanciamento e uma dicotomia entre o processo de formulação e execução das políticas de saúde e convidam a refletir sobre a possibilidade de se pensar em novos modos de construir políticas de saúde.

No processo de elaboração coletiva da estruturação de nossa PMPIC, observamos que para que uma política de base seja efetivada, é preciso que haja um deslocamento cultural que legitime os saberes locais, reconheça as racionalidades não hegemônicas e valorize o protagonismo dos sujeitos na gestão do cuidado e das políticas públicas.

Essa percepção foi uma das potências e, ao mesmo tempo, um dos desafios vividos ao longo da presente pesquisa-ação. Elaborar uma estruturação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares de forma coletiva exigiu não apenas disposição política e engajamento afetivo das participantes, mas também o rompimento com lógicas cristalizadas e hierarquizadas sobre “quem pode” escrever política, o que só foi possível pelo processo disruptivo e libertador pautado no aprofundamento do conhecimento e trocas que a EPS proporciona.

O estudo de Carvalho, Merhy e Sousa (2019) observou que, apesar dos investimentos formais e das iniciativas estruturadas, a implementação prática da EPS enfrentou desafios de burocracia, prioridades desalinhadas e dificuldades em contextualizar políticas amplas às realidades locais.

Presença e Apoio da Gestão

A superação de barreiras culturais como as apontadas acima entre outras reivindica a presença ativa da gestão pública, tanto para legitimar quanto para garantir condições materiais e institucionais de viabilização da política, de modo que os municípios alcancem a publicação e operacionalização das suas PMPIC. A ausência e falta de apoio da gestão nos espaços participativos representa um entrave à efetivação das diretrizes construídas coletivamente, além de comprometer a continuidade das ações planejadas. Deste modo, a presença e participação da

gestão se constitui um desafio.

Nesse contexto, nesta PA, no início das oficinas, nos diferentes territórios, ou seja, nos municípios, em três deles houve a presença da gestão municipal nos momentos iniciais para ofertar as “boas vindas” para as pesquisadoras e para as participantes da pesquisa, bem como destas para a gestão. Neste momento, além das gestoras municipais participarem de uma prática de autocuidado também houve um diálogo sobre a pesquisa enquanto formulação coletiva de uma estruturação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, sua importância e seus desdobramentos para a ampliação do cuidado com as PICS naquele município.

“Então tem que ficar como dado de pesquisa que a gestão do “Município Vermelho” esteve aqui. Acho que esse é um dado importante [...] para que eles saibam o que a gente está fazendo. Isso é importante!” (PEDRA DO SOL, oficina 5).

Esse momento da presença da gestão, em espaço reservado à pesquisa-ação foi extremamente importante para que elas tivessem ciência, bem como a consciência do que estava sendo discutido e construído pelas suas profissionais para aquele município, já com vistas para um futuro apoio, caso a proposta dessa política seja aceita nos municípios, e seguindo para os momentos de efetivação da PMPIC nos territórios. A literatura sobre políticas públicas aponta que a formação de coletivos protagonistas exige não apenas mobilização inicial, mas também dispositivos institucionais de apoio, clareza sobre papéis e rotinas de acompanhamento para sustentar o compromisso e a continuidade das ações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; HOLLIDAY, 2006).

Como um suporte à gestão, de forma a favorecer a compreensão objetiva e completa das ações e materiais necessários para adoção das PICS por qualquer unidade de saúde, o Ministério da Saúde dispõe de uma publicação: *Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Este caderno enfatiza a implantação das PICS na Atenção Primária à Saúde como é preconizado pela própria PNPIC (AMADO; ROCHA, 2021).

Conciliar Agendas para Definição das Diretrizes

Uma das etapas, senão a etapa mais desafiante no processo de construção da estruturação de PMPIC foi aquela em que as participantes precisaram elaborar as diretrizes específicas da política para seus próprios municípios, fora do espaço coletivo das oficinas e sem o apoio

presencial do grupo ampliado. Essa descentralização exigiu que pequenas equipes locais assumissem a responsabilidade de conduzir discussões técnicas e políticas em seus territórios, o que evidenciou barreiras significativas. Entre elas, destacam-se a ausência de familiaridade com os fundamentos técnico-normativos de formulação de políticas públicas, as dificuldades em pactuar agendas comuns e a sobrecarga de trabalho nos serviços de saúde.

Tal situação guarda semelhanças importantes com a experiência descrita pelo Ministério da Saúde em 1998, ao relatar as dificuldades iniciais enfrentadas pela recém-criada Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), que também se deparou com a ausência de uma cultura institucional voltada ao planejamento estratégico e à formulação de políticas de forma rotineira e articulada. Conforme o próprio documento destaca, apesar da abundância de referencial teórico, há uma lacuna prática na incorporação dos fundamentos da política como instância de planejamento distinta de programas e projetos, o que exige construção coletiva, clareza de diretrizes e definição de responsabilidades (BRASIL, 1998).

A comparação entre os desafios vividos por instâncias federais e por pequenos municípios evidencia que, independentemente da escala, o processo de formulação de políticas requer raciocínio estratégico, continuidade institucional e condições objetivas para sua efetivação (BRASIL, 1998; 2007).

No caso desta pesquisa-ação, o desafio de redigir as diretrizes da PMPIC sem apoio direto aponta para a urgência de fortalecer capacidades locais de formulação política, ancoradas em processos formativos sustentados pela Educação Permanente em Saúde, pelo diálogo interprofissional e pela valorização da experiência dos sujeitos envolvidos.

É eu acho que essa tarefa de traçar diretrizes é um desafio, né? A gente vai ter que se organizar para fazer isso. E eu acho fundamental porque sem ela não vai ser só teoria, né? Se a gente não tiver muito claro o que a gente tem que fazer para chegar e alcançar esses objetivos (...) acho que a gente tem que se organizar melhor para poder fazer isso. E a gente tem um prazo. Ficar atento a isso (PEDRA DO SOL, oficina 5).

A pouca experiência na formulação de políticas públicas e a natureza descentralizada da tarefa reforçaram a necessidade de uma agenda comum e conjunta para as discussões necessárias. Entretanto, conciliar agendas tornou-se um desafio a ser superado considerando o compromisso coletivo com a construção da estruturação de política municipal. Para Ceccim e Feuerwerker (2004) as exigências do cotidiano profissional, aliadas ao alto volume de trabalho, limita a disponibilidade para encontros profissionais entre as participantes.

Eu acho que o desafio é esse que a Diamante colocou mesmo, arrumar um lugar específico para isso na agenda, porque a gente vai fazer na hora que dá, atender o paciente ali, faz um pouquinho aqui, atender mais um, daí sai correndo, vai para outra unidade, então a gente tem que deixar um horário na agenda já específica só para fazer isso (SAFIRA, oficina 6).

“A maior dificuldade nossa lá em ‘Rosa’ é achar um tempo que a gente esteja com a cabeça fresca para mudar de assunto, para tratar de outro assunto que não seja o assunto nosso lá de trabalho” (ALEXANDRITA, oficina 6).

“O desafio é a agenda mesmo, né? Ter um pouco de paz e sossego para você poder analisar o assunto, pensar dentro do contexto” (RUBI, oficina 6).

Em estudo conduzido por Camelo et al. (2016), em equipes de saúde da família, observou-se que o volume de trabalho contribui para o esgotamento físico e emocional dos trabalhadores. Além disso, a falta de autonomia sobre a própria agenda e a ausência de tempo institucionalizado para o desenvolvimento profissional e para a participação em espaços coletivos acabam limitando significativamente a capacidade desses sujeitos de se engajarem em processos de Educação - mesmo quando esses processos têm origem nos próprios territórios. Tais fatores ajudam a compreender as dificuldades enfrentadas pelas participantes da pesquisa ao tentarem organizar encontros com suas companheiras de município, especialmente na fase de redação das diretrizes da PMPIC, sem o suporte do grupo ampliado.

Tal perspectiva reforça a necessidade de integrar à agenda política do SUS ações de cuidado e de autocuidado voltadas aos seus profissionais, garantindo tempo, escuta e reconhecimento como dimensões estruturantes de qualquer processo transformador.

Participação de Usuários e Fortalecimento do Controle Social

Todas as participantes disseram ser muito necessária a presença de um usuário nessa pesquisa-ação apesar das dificuldades particulares de cada município. E esse foi um aspecto muito significativo, pois refletir sobre a participação de usuários no processo de elaboração coletiva de uma estruturação de política municipal de PICS requer refletir também sobre a participação destes nos diferentes espaços de discussão do SUS, sobretudo, de usuários integrantes dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e o fortalecimento social.

A criação dos Conselhos Municipais de Saúde, como órgão de controle social e gestão participativa, foi resultado da mobilização dos profissionais de saúde e sociedade civil, no

período de criação do SUS, na década de 90. A criação dos CMS está intimamente relacionada aos princípios do SUS de descentralização e participação social, conforme delineados na Constituição Federal de 1988. São princípios que garantem que a saúde seja um direito universal e um dever do Estado (BRASIL, 1998).

O CMS serve como uma plataforma para os cidadãos exercerem seus direitos e influenciarem as decisões de políticas de saúde, desempenhando assim seu papel na governança democrática dos serviços de saúde no Brasil (VENTURA et al., 2017).

A participação ativa dos atores de práticas integrativas e complementares nos conselhos municipais de saúde é vital para o desenvolvimento e implementação de políticas que apoiem essas abordagens de saúde, incluindo a criação de planos municipais que reflitam as necessidades e demandas da comunidade. Esta participação garante que as práticas sejam integradas ao sistema de saúde de forma a responder às necessidades da comunidade e alinhadas com as políticas nacionais de saúde (SILVA et al., 2021).

No processo de avaliar e refletir sobre a vivência na oficina emergiu a constatação da ausência de participantes que representassem os usuários do SUS:

“Que pena que a população não está presente” (PIRITA, oficina 2).

“Sinto falta de usuários do SUS” (QUARTZO FUMÊ, oficina 2).

“Que pena que não tem usuários ainda nessa pesquisa-ação” (QUARTZO VERDE, oficina 4).

“Participação de usuário durante a pesquisa!” (RUBI, oficina 2).

Autores brasileiros abordam a participação dos usuários no controle social no campo da saúde examinando os mecanismos, os desafios e o potencial do envolvimento dos usuários nas políticas de saúde e nos processos de tomada de decisão. Embora a Constituição Federal destaca a importância da participação do usuário como um direito democrático e um meio de garantir que as políticas de saúde reflitam as necessidades e preferências da população, vários desafios como engajamento limitado, falta de treinamento e questões de representatividade, impedem a participação efetiva.

Cenedesi et al. (2024) se refere aos Conselhos e às Conferências de Saúde como mecanismos primários para a participação dos usuários, sendo estas, plataformas que profissionais de saúde, representantes do governo e usuários colaboram na formulação, avaliação e supervisão de políticas de saúde.

Apesar da existência de mecanismos formais, a participação do usuário ainda é limitada devido ao baixo engajamento e à baixa sensibilização comunitária quanto ao seu papel no

controle social (CENEDESI et al., 2024; CASTRO; FREITAS, 2023).

Segundo Arraes et al. (2011) os usuários não possuem o treinamento político e os recursos para participar efetivamente das discussões sobre políticas de saúde e dos processos de tomada de decisão. Entretanto, para Cenedesi et al. (2024), garantir a representação diversificada em conselhos e conferências de saúde é um desafio significativo, que se superado, impacta positivamente na eficácia desses mecanismos participativos.

A Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) reconhece os sujeitos coletivos como protagonistas no processo de construção e avaliação das políticas de saúde, reforçando a importância de espaços constitucionais como os CMS e as Conferências de Saúde. Para além dos mecanismos institucionais, o empoderamento social se fortalece por meio de estratégias educativas e organizativas que favorecem a autonomia dos usuários (BRASIL, 2013).

A Educação Popular em Saúde, ao articular saberes diversos, reconhece as experiências dos sujeitos como fonte legítimas de conhecimento e mobilização social. Para Arraes et al. (2011), as associações de usuários têm assumido protagonismo na defesa dos direitos à saúde na comunidade e entre comunidade e Estado, contribuindo para que as vozes populares estejam presentes na agenda pública de saúde.

Mesmo reconhecendo a importância de usuários do CMS, estes não foram convidados pelas próprias profissionais integrantes do GT PICS DRS III/UFSCar no primeiro momento da pesquisa. E essas mesmas profissionais identificaram a ausência da participação essencial de usuários do SUS na construção coletiva da estruturação de PM para as PICS:

“Importante à participação de usuário durante a pesquisa” (RUBI, oficina 2).

“Que tal incluir [...] usuários também, nem que seja um dia só” (AMAZONITA, oficina 4).

“Se cada um do grupo convidasse um munícipe para participar dos próximos encontros?” (AMAZONITA, oficina 2).

Segundo Holliday (2006), a esse momento particular, percebe-se uma transcendência ao processo de experiência vivido, na qual ao reviver e refletir a própria escolha apropria-se de uma interpretação crítica da experiência buscando uma perspectiva que possa transformar a realidade. Nesse movimento, as reflexões do grupo da PA propiciaram amplo debate sobre a entrada e a participação de usuários e a decisão foi convidar usuários para participar da pesquisa, ou seja, participar da construção coletiva da elaboração da estruturação de PMPIC.

Vale mencionar que dos seis municípios, três manifestaram não ser possível e três re-

feriram identificar usuários que poderiam participar. No entanto, a entrada e participação de usuários se deu pontualmente em uma única oficina.

Nesse sentido, gostaríamos de levantar algumas reflexões: por que o reconhecimento da importância da participação de usuários do SUS se deu somente após o início da PA e não no momento anterior ao convite, de modo a possibilitar a participação e engajamento de representantes dos usuários desde o primeiro encontro da PA? Abordar as temáticas Saúde, SUS, PICS e práticas holísticas em saúde nas primeiras oficinas pode ter despertado no grupo da PA o reconhecimento da importância da participação de usuários? Como se dá a interação entre profissionais e equipes de saúde do SUS no e com o CMS no cotidiano de trabalho, e acerca da pauta das PICS? Que elementos e fatores podem contribuir para a participação e o protagonismo de usuários do SUS?

Vale destacar que o protagonismo não se limita à formulação genérica de políticas públicas, mas também se manifesta concretamente na incorporação de saberes populares e práticas de cuidado ampliadas, tais como as práticas integrativas, no cotidiano dos serviços (BRASIL, 2013).

A potência da participação popular reside justamente na sua capacidade de tensionar e expandir os limites institucionais do SUS, inserindo novas racionalidades terapêuticas e valores socioculturais nos modos de cuidar e de produzir saúde. Ao reconhecer a legitimidade desses saberes e vivências, a participação dos usuários atua como vetor de inovação social e cultural, contribuindo para uma atenção mais sensível às necessidades locais (BRUTSCHER; CRUZ, 2020).

No contexto das políticas de saúde, a participação popular representa uma via de sustentação democrática que ultrapassa o controle social formal. Ela se expressa na presença em conselhos e conferências, mas também nas experiências cotidianas de mobilização, resistência e proposição vividas por coletivos, movimentos sociais e usuários organizados (SILVA et al., 2013).

Assim, a participação popular no SUS não é apenas um mecanismo de controle e fiscalização, mas uma potência transformadora capaz de ativar processos coletivos de produção de cuidado, de ressignificação das práticas profissionais e de fortalecimento da cidadania sanitária (BRASIL, 2013).

Essa dimensão política da participação precisa ser reconhecida e fortalecida, especialmente em tempos de retração democrática e disputas de sentido sobre o papel do Estado na garantia do direito à saúde, sendo relevante a participação popular para alcance da política

enquanto lei:

Avalio que o acesso à informação por parte dos pacientes é o maior desafio para a elaboração de uma estruturação de política pública das PICS. É preciso divulgar informações sobre as PICS para que a população possa auxiliar na pressão para que a lei seja aprovada e colocada em prática (ÔNIX, oficina 1) *grifo nosso*.

Os movimentos populares de saúde vivenciados no Movimento da Reforma Sanitária e os fóruns em defesa do SUS deixaram um legado sobre a força da população para alcance dos seus direitos e esse reconhecimento se dá também no apoio à estruturação de PMPIC, como mostra o recorte de Ônix, na primeira oficina da PA. Silva e Souza (2013) fazem referência a autores como Carvalho, Fleury, Paim e Gerschman na compreensão da transição do setor de saúde no Brasil. A experiência do SUS tem revelado, ao longo das últimas décadas, que os avanços institucionais foram, com frequência, precedidos — ou acompanhados — por mobilizações da sociedade civil. A criação da Lei nº 9.263/1996, sobre Planejamento Familiar; a regulamentação da Lei nº 10.216/2001, que trata da Reforma Psiquiátrica.

Outro fator importante é a divulgação qualificada de informações e o acesso ao conhecimento em saúde, as quais constituem dimensões sensíveis para a efetivação da participação popular no SUS. O direito à informação, quando compreendido como ferramenta de empoderamento coletivo, permite à população compreender seus direitos, reivindicar melhorias e participar ativamente dos processos de formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009).

Segundo Carvalho, Merhy e Sousa (2019), integrar práticas de Educação Popular em Saúde e Educação Permanente em Saúde nos próprios espaços de controle social, como os conselhos municipais de saúde, se torna substancial. Esses espaços, fundamentais para o exercício da democracia sanitária, frequentemente operam com baixa formação política de seus membros e limitada compreensão técnica das políticas em debate.

Ao promover processos de formação participativo, problematizador e construtivista nesses conselhos, se propõe um processo de desacomodação e de questionamento, ampliando a capacidade crítica dos conselheiros e o fortalecimento de sua autonomia na formulação de proposições que buscam transformar a realidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2005; CARVALHO, MERHY; SOUSA, 2019).

Assim, a EPS torna-se aliada estratégica não apenas da gestão e do cuidado, mas também do controle social, conferindo legitimidade e densidade à participação popular no SUS.

Portanto, implementar uma divulgação acessível e participativa das políticas públicas

de saúde — incluindo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e suas expressões municipais — é reconhecer que o conhecimento não é neutro, mas sim uma ferramenta estratégica de democratização. O fortalecimento do controle social no SUS passa, necessariamente, pelo direito à informação clara, pelo estímulo à organização social, pela inserção da EPS nos espaços de decisão e pelo reconhecimento de que os sujeitos populares não são apenas receptores de cuidado, mas cocriadores de políticas públicas que tocam suas realidades (CECCIM; FEUERWERKWER, 2004; CARVALHO; MERHY; SOUSA, 2019).

Na discussão dos nossos resultados sobre os desafios de resistências culturais, presença e apoio da gestão, agenda para definição das diretrizes e fortalecimento do controle social, destacamos a relevância dos estudos de Carvalho, Merhy e Sousa (2019), na qual enfatizam que políticas de saúde bem-sucedidas precisam levar em conta a diversidade das práticas locais, o poder dos encontros cotidianos e a potência do território.

Tais políticas devem reconhecer as contribuições de todos os atores, incluindo profissionais de saúde, gestores e usuários como sendo essenciais para criar sistemas de saúde responsivos e eficazes. Nesse sentido, uma mudança desejável desloca o enfoque tradicional da política de saúde compreendida apenas como diretrizes lideradas pelo Estado, para adotar um modelo em que a política é coproduzida por meio de interações contínuas, resistência local e criatividade a partir dos territórios.

6.2.3 Potencialidades do processo de elaboração coletiva da estruturação de PMPIC: A educação permanente em saúde como eixo transversal.

A análise dos dados desta pesquisa-ação mostra que a elaboração coletiva da estruturação de PMPIC, bem como as demandas e os desafios ao longo desse processo, convergem em torno de um mesmo eixo estruturante: a Educação Permanente em Saúde (EPS).

A EPS, ao propor a reflexão crítica sobre a prática cotidiana dos trabalhadores da saúde, oferece suporte teórico para a construção coletiva do conhecimento e para a mobilização de saberes locais (BRASIL, 2005).

Em consonância com os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), permite a elaboração compartilhada de sentidos e estratégias (BRASIL, 2010).

Conforme destacam Ceccim e Feuerwerker (2004), a experiência é um campo legítimo de produção de conhecimento e transformação institucional.

Nesta PA, a EPS é reconhecida como espaço de encontro importante na construção do

conhecimento para e no cotidiano do trabalho com as PICS, e pensar a criação de uma estruturação de política:

Como a educação permanente é uma política que se faz no coletivo e de forma participativa as coisas se casam muito bem, se compõe muito bem, então essa nossa história que começou antes da pandemia a gente já viu que ia dar caldo, esse nosso encontro ia ser positivo [...] (ÁGUA MARINHA, GT/2023).

As oficinas (do GT PICS DRS III/UFSCar) tem, desde o seu princípio, ajudado a construir um corpus de conhecimento sobre as políticas públicas para PICS, sobre as necessidades, potencialidades e fragilidades que não observamos no dia a dia (dada imersão na rotina), até mesmo na identificação com outros colegas. A meu ver, são essas contribuições que permitem pensar de forma mais assertiva para a proposta de criação da política municipal (QUARTZO ROSA, GT/2023).

“Que bom que temos a oportunidade de termos estes encontros, discutirmos, criarmos e pensarmos sobre um assunto tão importante” (PIRITA, oficina 2).

“Tenho a necessidade de mantermos nossos encontros presenciais, mesmo após o término da pesquisa” (PEDRA DO SOL, oficina 5).

Uma pesquisa-ação conduzida para apresentar um método de implantação das PICS na APS a partir de experiências municipais, mostrou a educação permanente em saúde como atividade de apoio relevante ao considerar o contexto. Essa PA traz ainda que, para que as práticas de saúde sejam transformadas e ressignificadas é imprescindível o engajamento de atores institucionais, sociais e profissionais, e destaca o fortalecimento do protagonismo e da participação os quais democratizam a gestão e ampliam a atenção à saúde, na direção da integralidade e na direção de uma expansão cuidadosa de saberes e práticas de cuidado, favorecendo também a sistematização de registros e assim contribuindo para a implantar e implementar as PICS na APS (SANTOS; TESSER, 2012).

A problematização das práticas do cotidiano de trabalho, a escuta ativa e a construção compartilhada dos sentidos fortalecem uma cultura de reflexão crítica (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 1998).

Nesse sentido, nesta PA, extrapolou a formulação do conteúdo da estruturação de PMPIC, incorporando questionamentos e trocas legítimas acerca de sua visibilidade, institucionalidade e sustentabilidade. Os momentos reflexivos, os momentos de práticas reflexivas nos territórios, o processo de construção e fortalecimento coletivo e da dialogicidade afloraram como expressão da potência educativa da pesquisa-ação no campo da saúde coletiva e como indicativo de caminhos possíveis e políticas futuras.

Que bom a gente está junto, se fortalecendo na área do DRS III, em vários municípios e sabendo que tem várias pessoas querendo implementar essas práticas, essas ferramentas no nosso dia a dia, e sensibilizar as pessoas não é fácil. Primeiro a gente tem que sensibilizar a gente mesmo, experimentar as práticas, vivenciá-las, nesse movimento. Então é isso o que a gente está fazendo, né. Se a gente está aqui é porque a gente já usou, já experimentou, vimos que dá certo e o nosso desejo é ver que isso chegue na nossa família, no nosso vizinho, na nossa comunidade, no nosso ambiente de trabalho e nas nossas relações. Percebo que quando usamos as nossas práticas usando nas nossas relações que às vezes são conflituosas, a gente consegue administrar de uma outra forma até dentro da gente mesmo (LÁPIS LÁZULI, GT/2023).

“É gente, eu quero agradecer essa característica tão acolhedora desse grupo que sempre permite que a gente participe, que a gente construa junto aí, de múltiplas formas” (JASPE, GT/2023).

“Então, acho que a gente tem de ficar mais resiliente. Então que tal se a gente se fortalecesse ainda mais nesse grupo para que a gente possa resistir a tudo que possa vir por aí. Impulsionar o que vem de bom” (PEDRA DO SOL, GT/2023).

O acolhimento, a participação, a construção compartilhada de conhecimentos e a resiliência, apontadas nesta PA são valores a serem defendidos, pois têm por premissa a integralidade do cuidado no SUS, e sobretudo, a defesa do SUS e a defesa da vida. Nessa direção vale reiterar que esses valores também integram políticas de saúde a exemplo da PNH, PNEPS, PNEPS-SUS, PNAB, as quais estão em consonância com a PNPIC.

Elaborar essa estruturação de PMPIC coletivamente propiciou o fortalecimento e o pertencimento do grupo, revelando o grau de implicação das participantes ao longo de todo o processo, seja com as tarefas diretamente relacionadas ao conteúdo da proposta, seja com o futuro da política municipal a ser implantada e implementada.

De maneira recorrente, surgiram reflexões sobre aspectos operacionais e estratégicos relativos à implantação e implementação das ações em PICS nos municípios, os quais foram fundamentais para a formulação do conteúdo da estruturação de PMPIC. As demandas e desafios assinalados pelas participantes da PA e mesmo antes, no GT, demarcam como potencialidade a EPS, que emerge como eixo estruturante, tanto nas vivências do GT, quanto ao longo de toda a pesquisa-ação.

Nesse sentido, os resultados aqui apresentados devem ser compreendidos à luz da EPS, como abordagem pedagógica e política (FREIRE, 1979; BRAGA, 2019), pois evidenciam que as barreiras identificadas para a implementação da PMPIC, assim como as proposições para sua superação, estão intrinsecamente relacionadas à necessidade de encontros que se traduzem como espaços para diálogo e construção.

A centralidade da educação permanente como temática transversal nos permite assinalar que não se trata apenas de uma demanda pontual de capacitação técnica que emergem desta pesquisa, mas como apontam diversos autores (BRASIL, 2007; FREIRE, 1979; CECCIM; FEUERWERKER, 2004) trata-se de um eixo epistemológico, pedagógico e político. Essa constatação reafirma a potência da EPS como estratégia de indução de mudanças, centrada no encontro, no conhecimento e no saber da experiência, com forte potencial para sustentar processos de implementação e sustentabilidade de políticas no âmbito do SUS (BRASIL, 2015; BRAGA, 2019; BONDÌA, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento das PICS e das MTCTI no campo da saúde é uma tendência global. A ampliação dessas abordagens e sua integração nos sistemas de saúde com vistas a garantir acesso, qualidade e regulamentação tem sido pauta da OMS há mais de três décadas. E apesar das conquistas, desafios quanto à sua legitimação, epistemologia, incentivo à pesquisa, legislação e políticas específicas, acesso e utilização nos serviços de saúde, ainda se fazem presentes. Portanto, o Brasil, vanguardista dessas abordagens no SUS, ao construir políticas municipais próprias em seus territórios, se alinha a diretrizes internacionais de valorização de medecinas, saberes e cuidados tradicionais como parte do patrimônio das populações, e se despenda pelo potencial de ampliar o acesso, a equidade e a integralidade dos cuidados em saúde.

Este estudo, fundamentado nos princípios da pesquisa-ação, teve como objetivo geral a construção coletiva de uma estruturação de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) com seis municípios do DRS III, a partir de um diagnóstico a respeito desta necessidade, vindo de fonte documental do GT PICS DRS III/UFSCar de 2023 e da participação ativa de atores-chave implicados com as PICS em seus territórios, no ano de 2024. Os resultados evidenciaram que esse objetivo foi plenamente alcançado, uma vez que, ao final do processo, os territórios participantes contaram com uma estruturação de política municipal construída por meio de oficinas embasadas na sistematização de experiências. A criação dessa proposta refletiu os desejos, saberes e necessidades locais consolidando um produto técnico legítimo, plural e ancorado nos princípios da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

Os momentos de escuta, análise crítica e validação coletiva confirmaram o potencial transformador da metodologia adotada, promovendo o empoderamento das participantes envolvidas e fortalecendo o sentido público do cuidado em saúde. No percurso metodológico, foi evidenciado momentos de reflexão e crítica que, de forma espiralada e cíclica passavam para uma ação e retornava para novas reflexões e, assim, sucessivamente.

O coletivo, resgatou, empiricamente, o sentido político e humanizado de promover o cuidado ampliado no SUS, iluminado pelas lentes das práticas integrativas e complementares em saúde. A elaboração coletiva da estruturação desta PMPIC revelou-se mais do que um fim em si, evidenciou um caminho pedagógico político e transformador. Ao envolver os próprios trabalhadores na escrita da política que desejam ver implementada, este estudo apostou na potência da coletividade como força estruturante de novas formas de gestão do cuidado. Essa

talvez seja sua principal contribuição: oferecer uma experiência situada, sensível e metodologicamente fundamentada de construção participativa de política pública, que pode inspirar outras iniciativas no campo da saúde coletiva.

O objetivo específico de analisar as demandas, os desafios e as potencialidades do processo de formulação da política, permitiu revelar aspectos essenciais das realidades locais, apontando caminhos possíveis para a institucionalização das PICS nos municípios participantes. Entre os principais achados, destacam-se as demandas por maior divulgação e acesso à informação sobre as PICS; a ausência de fluxos assistenciais bem definidos; a carência de estratégias para o monitoramento e financiamento das ações; e a fragilidade dos espaços coletivos de discussão e decisão.

Contudo, o que mais se sobressaiu no processo foi o reconhecimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) como eixo articulador da proposta e, portanto, uma potencialidade. A EPS atravessou as oficinas e GT, se consolidou como um modo de fazer coletivo, orientando o desenvolvimento da escuta qualificada, do compartilhamento de saberes, da ampliação das práticas de cuidado e da elaboração de soluções contextualizadas para os desafios enfrentados. Sua presença atravessou as falas, os silêncios e os aprendizados das participantes implicadas, evidenciando-se como condição formadora para o presente e mobilizadora para o futuro.

Importa ressaltar que, embora a implementação da política não estivesse prevista como escopo da pesquisa nem como compromisso pactuado com as participantes, surgiram, durante o processo, manifestações legítimas de interesse e de atenção com as condições de viabilidade, sustentabilidade e efetivação das ações propostas. Essas manifestações não foram desconsideradas; ao contrário, foram acolhidas como sinais do engajamento ético e político do coletivo, reforçando a potência educativa e formadora da pesquisa-ação.

Com vínculos fortalecidos e profissionais empoderadas, a estruturação de PMPIC ultrapassa o papel de um simples documento técnico e se configura como um instrumento político de resistência, valorização e institucionalização das PICS nos territórios. Não configurada como parte do escopo desta pesquisa-ação, entretanto, presente nos pós-pesquisa como um desdobramento dos valores pessoais e profissionais deste coletivo, três dos seis municípios implementaram importantes ações em prol da visualização, sensibilização, informação e controle social em seus territórios.

As participantes do município Rosa passaram a participar ativamente das reuniões do CMS, bem como possibilitaram um momento de sensibilização junto aos gestores municipais,

aplicando algumas práticas e refletindo junto sobre as diversas possibilidades de cuidar sem as iatrogenias medicamentosas. O município Violeta constituiu, com a aprovação da gestão municipal, a primeira Comissão de Práticas Integrativas e Complementares do SUS do município, tendo como integrantes três profissionais das PICS e uma da gestão. Já o município Azul, iniciou de forma estruturada, documentada e sistemática, junto à equipe da Estratégia da Saúde da Família, atividades de Educação Permanente em Saúde, com ênfase nas PICS.

Por outro lado, é importante reconhecer que os alcances da pesquisa estão circunscritos a um contexto específico, marcado por limitações temporais, institucionais e operacionais. A proposta aqui concebida não pretende ser uma política definitiva nem universal, mas sim uma referência inicial, construída por sujeitos singulares, em territórios igualmente singulares. A ausência da participação direta de usuários do SUS durante as oficinas configura uma lacuna neste estudo, e aponta para um aspecto que poderá ser aprofundado em outros momentos do processo, sobretudo no acompanhamento da implementação das políticas municipais nos territórios e em pesquisas futuras.

Dessa forma, recomenda-se que novas pesquisas explorem o processo de implementação das propostas de PMPIC nos municípios participantes, avaliando seus impactos na gestão e no cuidado em saúde. Além disso, o fortalecimento das Práticas Integrativas e Complementares nas redes municipais de saúde insere os municípios brasileiros em um movimento internacional de reconhecimento das Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas como necessárias estratégias para aumentar o coeficiente de integralidade no SUS, nas palavras de Tesser e Luz (2008).

De posse da estruturação de PMPIC desta pesquisa-ação, cada município do DRS III, bem como de outras localidades com interesse em uma política municipal dessas abordagens, terá um documento orientador para discutir no e com seu território a estrutura de sua política e a proposta de implantação das PICS nos seus municípios e assim ampliar o acesso da sua população a formas de cuidado mais sensíveis, seguras e coerentes ao seu contexto local.

A instituição da PMPIC tem potencial para fortalecer o vínculo entre serviços de saúde e comunidade, valorizando práticas que promovem o autocuidado, o bem-estar integral e a escuta qualificada. As PICS não apenas ampliam as opções terapêuticas disponíveis no SUS, mas também resgatam saberes ancestrais e comunitários, favorecendo a construção de projetos terapêuticos que respeitam as singularidades culturais, sociais e afetivas dos sujeitos em seus territórios, além de colocar em análise os modelos de gestão do cuidado e a compreensão da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMADO, D. M.; ROCHA, P. R. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. In: TOMA, T. S. et al. (org.). Práticas integrativas e complementares em saúde: evidências científicas e experiências de implementação. São Paulo: Instituto de Saúde, 2021. p. 21. Acesso em: 5 jun. 2025.

ANDRADE, M. A. C. et al. Gestão e práticas em saúde coletiva: da política à ação. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida; Rio de Janeiro: AREA27, 2022. 420 p. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 28). Disponível em: <https://doi.org/10.18310/9788554329914>. Acesso em: 2 jun. 2025.

ARAÚJO, J. L. J.; MACIEL, R. F. Developing an operational framework for policy analysis. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, 2001.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ/IMS; ABRASCO, 2009. 284 p. (Clássicos para integralidade em saúde). Disponível em: <https://lappis.org.br/site/cuidado-trabalho-e-interacao-nas-praticas-de-saude/4711>. Acesso em: 6 jun. 2025.

BARBIER, R. A pesquisa-ação. Tradução de Lucie Dibio. Brasília: Liber Libro, 2007.

BARBOSA, F. E. S. et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e00208818, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/SvzNQ9FJXX64TxypvjXKJNn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BARROS, L. C. N. de et al. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde: percepções dos gestores dos serviços. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, e20190081, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0081>. Acesso em: 9 jun. 2025.

BARROS, N. F. de; SIEGEL, P.; SIMONI, C. D. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 3066–3067, dez. 2007.

BENELI, F. Z. et al. Práticas integrativas e complementares: entre o complementar e o principal no SUS. Revista Ciencia y Cuidado, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 19–30, 2024. Disponível em: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/4441>. Acesso em: 30 maio 2025.

BENELI, Fabiana Zucchi. **Implantação das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde.** 2023. 90 f. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2023.

BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Revista Brasileira de

Educação, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20–28, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>. Acesso em: 9 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. 133 p. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/conferencias/8a-cns>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Políticas de saúde: metodologia de formulação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_politicas.pdf. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde, conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf. Acesso em: 11 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. Disponível em: <http://repositorio.asc.es.edu.br/handle/123456789/1291>. Acesso em: 10 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório de Gestão 2006/2010. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 9 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 29 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Institui o Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_21_03_2018.html. Acesso em: 4 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2018b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt4384_31_12_2018.html. Acesso em: 30 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Avaliação de impacto das políticas de saúde: um guia para o SUS. 1. ed. eletrônica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_impacto_politicas_saude_guia_sus.pdf. Acesso em: 17 jun. 2025.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 3 jun. 2025.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, v. 31, n. 1, p. 13-27, 2013. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/16637/14425>. Acesso em: 5 set. 2025.

BRUTSCHER, V. J.; CRUZ, P. J. S. C. Participação social na perspectiva da educação popular: suas especificidades e potencialidades na Atenção Primária à Saúde. Cadernos CIMEAC, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 126–152, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/CIMEAC.V10I1.4117>. Acesso em: 3 jun. 2025.

CAMELO, S. H. H. et al. Riscos psicossociais em equipes de saúde da família: carga, ritmo e esquema de trabalho. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 69, n. 5, p. 972–978, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0052>. Acesso em: 15 jun. 2025.

CARDANO, M. Manual de pesquisa qualitativa: a contribuição da teoria da argumentação. Petrópolis: Vozes, 2017.

CARVALHO, M. S. de; MERHY, E. E.; SOUSA, M. F. de. Repensando as políticas de Saúde no Brasil: Educação Permanente em Saúde centrada no encontro e no saber da experiência. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 23, e190211, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190211>. Acesso em: 16 maio 2025.

CASTRO, A. L. M.; FREITAS, M. I. C. O protagonismo dos conselhos locais de saúde: desafios para a participação. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 27, e220408, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220408>. Acesso em: 3 jun. 2025.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41–65, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Acesso em: 3 jun. 2025.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de Saúde. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n. 46, p. 19-22, 1995.

CENEDESI JÚNIOR, M. A. et al. Popular participation and social control as a principle of

the Brazilian Unified Health System (SUS). *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, [S. l.], v. 29, n. 9, p. 60–67, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.9790/0837-2909086067>. Acesso em: 3 jun. 2025.

CHUNG, V. C. et al. Implementation science in traditional, complementary and integrative medicine: an overview of experiences from China and the United States. *Phytomedicine*, [S. l.], v. 109, p. 154591, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36610171/>. Acesso em: 30 maio 2025.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. de. Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 553–563, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>. Acesso em: 12 jun. 2025.

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. de. Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0017507, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00175>. Acesso em: 12 jun. 2025.

COSTA, R. S. Redes de atenção à saúde: desafios dos gestores para sua implementação e funcionamento. *REVISE – Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde*, [S. l.], v. 2, n. fluxocontínuo, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.46635/revise.v2ifluxocontinuo.1415>. Acesso em: 10 maio 2025.

CUIDADO. In: *MICHAELIS: Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. São Paulo: Melhoramentos, 2025. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br>. Acesso em: 4 jun. 2025.

DICK, Bob. Action research and evaluation on line: Session 1: Applications. [S. l.]: Aral, 2023a. Disponível em: <https://www.aral.com.au/areol/areol-session01.html>. Acesso em: 19 jun. 2025.

DICK, Bob. Action research and evaluation on line: Session 2: The change process and action research. [S. l.]: Aral, 2023b. Disponível em: <https://www.aral.com.au/areol/areol-session01.html>. Acesso em: 19 jun. 2025.

DICK, Bob. Action research and evaluation on line: Session 3: Entry and contracting. [S. l.]: Aral, 2023c. Disponível em: <https://www.aral.com.au/areol/areol-session01.html>. Acesso em: 19 jun. 2025.

DICK, Bob. Action research and evaluation on line: Session 4: Stakeholders and participation. [S. l.]: Aral, 2023d. Disponível em: <https://www.aral.com.au/areol/areol-session01.html>. Acesso em: 19 jun. 2025.

DICK, Bob. Action research and evaluation on line: Session 5: Achieving participation. [S. l.]: Aral, 2023e. Disponível em: <https://www.aral.com.au/areol/areol-session01.html>. Acesso em: 19 jun. 2025.

DICK, Bob. Action research and evaluation on line: Session 6: Rigour in action research. [S.

l.]: Aral, 2023f. Disponível em: <https://www.aral.com.au/areol/areol-session01.html>. Acesso em: 19 jun. 2025.

DICK, Bob. Action research and evaluation on line: Session 7: Data collection. [S. l.]: Aral, 2023g. Disponível em: <https://www.aral.com.au/areol/areol-session01.html>. Acesso em: 19 jun. 2025.

FACCHINI, L. A. Atenção Primária à Saúde no SUS: contexto e desafios. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2018. Seminário Preparatório ABRASCO. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br>. Acesso em: 29 abr. 2025.

FLICK, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2009.

FREIRE, P. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979. 53 p.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. São Paulo: Paz e Terra, 1974.

GATTO JÚNIOR, J. R. et al. A participação em pesquisas com metodologias participativas: reflexão sobre experiências. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 31, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8643>. Acesso em: 19 jun. 2025.

GOMES, J. F. F.; ORFÃO, N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 45, n. 131, p. 1199–1213, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>. Acesso em: 3 jun. 2025.

GREMM, D. et al. Demand for integrative medicine among women with breast and gynecological cancer: a multicenter cross-sectional study in Southern and Northern Germany. Archives of Gynecology and Obstetrics, [S. l.], v. 303, p. 1315–1330, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33263787/>. Acesso em: 27 maio 2025.

HOLLIDAY, O. J. Para sistematizar experiências. Tradução de Maria Viviana V. Resende. 2. ed. rev. Brasília, DF: MMA, 2006. 128 p.

LIMA, L. L.; ROSA, J. G. L.; AGUIAR, R. B. Metodologia de pesquisa: introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: UFRGS, 2022. Manual de disciplina.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACINKO, J.; LIMA COSTA, M. F. Equidade horizontal na utilização de serviços de saúde no Brasil, 1998–2008. International Journal for Equity in Health, [S. l.], v. 11, n. 33, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-33>. Acesso em: 15 jun. 2025.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. New England Journal of Medicine, [S. l.], v. 372, n. 23, p. 2177–2181, 2015. Disponível em:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140>. Acesso em: 4 jun. 2025.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2006. p. 43-68.

MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde. [Rio de Janeiro]: UERJ/IMS, 2011. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/wp-content/uploads/2011/10/LivroCompleto-versao-online.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2022.

MATUS, C. Política, Planejamento e Governo. Brasília, DF: IPEA, 1993. 591 p.

MELO, A. V. de; SANT'ANA, G. R.; BASTOS, P. R. H. O. Redes, atores e agenciamentos na constituição da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 2397–2406, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.17722021>. Acesso em: 6 maio 2025.

MENDES, E. V. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 20 set. 2024.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Social*, Brasília, DF, v. 22, n. 46, p. 9–32, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260. Acesso em: 5 set. 2025.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, n. 145).

MERHY, E. E. Educação permanente em movimento: uma política de reconhecimento e cooperação. *Saúde em Redes*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 7–14, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2015v1n1p07-14>. Acesso em: 22 maio 2025.

MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

OPAS. Cúpula Global da OMS em Medicina Tradicional destaca evidências científicas e integração aos sistemas de saúde. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/6-9-2023-cupula-global-da-oms-em-medicina-tradicional-destaca-evidencias-cientificas-e>. Acesso em: 15 jun. 2025.

PÁDUA, E. M. M. Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática. 11. ed. Campinas: Papirus, 2005.

PAHO. Renewing Primary Health Care in the Americas: A Position Paper of the Pan

American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, DC: PAHO, 2007. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renewing_Primary_Health_Care_Americas-PAHO.pdf. Acesso em: 5 out. 2024.

PAIM, J. O que é o SUS? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 148 p. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <https://fiocruz.br/livro/que-e-o-sus-e-book-interativo-o>. Acesso em: 8 maio 2025.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 5 set. 2025.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; UERJ/IMS; ABRASCO, 2005. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2024.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; ABRASCO, 2006. 184 p.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007. p. 15–28.

PIRES, M. R. G. M. Concepções de cuidado emancipatório: limites-possibilidades para as práticas profissionais no contexto das políticas de saúde do Brasil. *SER Social*, Brasília, DF, n. 10, p. 147–168, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/sersocial.v0i10.12924>. Acesso em: 12 jun. 2025.

RAJA, M. et al. Addressing the challenges of traditional, complementary, and integrative medicine research: an international perspective and proposed strategies moving forward. *Perspectives on Integrative Medicine*, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 86–97, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.56986/pim.2024.06.004>. Acesso em: 5 maio 2025.

RUELA, L. de O. et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4239–4250, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.06132018>. Acesso em: 4 maio 2025.

SANTOS, M. C. dos; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3011–3024, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100023>. Acesso em: 8 jun. 2025.

SANTOS, N. R. O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o SUS: além do círculo

tenacidade – perplexidade. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2018. Disponível em: <https://abrasco.org.br/o-movimento-da-reforma-sanitaria-brasileira-e-o-sus-alem-do-circulo-tenacidade-perplexidade/>. Acesso em: 13 jun. 2025.

SILVA, A. K. C.; SILVA DE LIMA, H. A. Marxismo, determinação social da saúde e o processo saúde-doença dos/as usuários/as. *Revista Serviço Social em Perspectiva*, Montes Claros, v. 8, n. 1, p. 223–241, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.46551/rss202412>. Acesso em: 5 set. 2025.

SILVA, C. V. E.; SILVA, D. F. L.; SOUZA, E. M. de. A participação da sociedade civil na democratização do setor de saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 37, n. 2, p. 254–259, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022013000200015>. Acesso em: 2 jun. 2025.

SILVA, P. H. B. da et al. Formação profissional em práticas integrativas e complementares: o sentido atribuído por trabalhadores da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 399–408, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40732020>. Acesso em: 11 maio 2025.

SOUSA, I. M. C. de et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143–2154, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100013>. Acesso em: 2 jun. 2025.

SOUSA, L. A. Acupuntura no SUS - realidade e perspectivas. 2014. 202 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-10022015-154828/pt-br.php>. Acesso em: 6 ago. 2022.

SPINDOLA, C. S. et al. Impactos da oferta de práticas integrativas e complementares na gestão do trabalho de profissionais da saúde. In: *FÓRUM INTERNACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE*, 1., 2021, Florianópolis. Anais eletrônicos [...]. Florianópolis: UDESC, 2021. p. 82-84. Disponível em: https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/3816/Anais_I_FIGEPS_Oficial_16292277979467_3816.pdf. Acesso em: 2 jun. 2025.

SPINDOLA, C. S. et al. Oferta de práticas integrativas e complementares por profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família: reafirmando o cuidado integral e holístico. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, n. 3, e210869pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210869pt>. Acesso em: 13 jun. 2025.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 6 out. 2024.

SUBRAMANIAM, G. A. et al. National Institute on Drug Abuse: dissemination of scientific knowledge to improve adolescent health. *The Psychiatric Clinics of North America*, [S. l.], v. 46, n. 4, p. 789–799, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.03.010>. Acesso

em: 25 maio 2025.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 286–290, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341996000200008>. Acesso em: 15 jun. 2025.

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

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

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. de; NASCIMENTO, M. C. do. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 174–188, 2018.

TESSER, C. D.; DALLEGRAVE, D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, e00231519, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00231519>. Acesso em: 5 set. 2025.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190–S198, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>. Acesso em: 4 jun. 2025.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443–466, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

VENTURA, C. A. A. et al. Cultura participativa: um processo de construção de cidadania no Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 907–920, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0941>. Acesso em: 6 jun. 2025.

VON SCHOEN-ANGERER, T. et al. Traditional, complementary and integrative healthcare: global stakeholder perspective on WHO's current and future strategy. *BMJ Global Health*, [S. l.], v. 8, n. 12, e013150, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013150>. Acesso em: 5 ago. 2025.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Estrategía de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf. Acesso em: 10 mar. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2008: primary health

care now more than ever. Geneva: WHO, 2008. Disponível em:
http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/31_03_2010_9.22.37.70fbb6ffd32f6598e4de044a8feeacdc.pdf. Acesso em: 6 out. 2024.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sixty-seventh world health assembly: Resolution on Traditional Medicine. Geneva: WHO, 2014. Disponível em:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R18-en.pdf. Acesso em: 10 mar. 2026.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Traditional Medicine Strategy 2014–2023. Geneva: WHO, 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Draft global traditional medicine strategy (2025-2034). Geneva: WHO, 2024. Disponível em:
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_16-en.pdf. Acesso em: 5 jan. 2026.

APÊNDICE A- TCLE**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**
(Resolução CNS 510/2016)

Eu, Liliâne Maria Gomes Torres, estudante do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar a(o) convido a participar como voluntária (o), da pesquisa “Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma Pesquisa-ação” orientada pela Profa. Dra. Leandra Andréia de Sousa.

As **PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS)** alcançaram grande expansão nos sistemas de saúde do cenário mundial em função do cuidado integral com o ser humano. As Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas reúnem diversas terapias e práticas e no Brasil, estas abordagens são denominadas Práticas Integrativas e Complementares (PICS). Dentre os múltiplos desafios de sua consolidação, destaca-se a necessidade de uma regulamentação formal dessas Práticas nos diferentes municípios brasileiros.

O objetivo geral desta pesquisa é elaborar uma estrutura de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com atores-chaves das PICS, e como objetivo específico, analisar as demandas e desafios do processo de elaboração de uma estrutura de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com atores-chaves das PICS.

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio da Pesquisa-ação. Essa metodologia denominada Pesquisa-ação valoriza o saber e a prática dos profissionais envolvidos aliado aos conhecimentos teóricos e experiência adquiridas pelos pesquisadores.

A coleta de dados desta investigação será realizada por meio de oficinas. Os dados serão analisados com base na proposta da Sistematização de Experiências, e interpretados à luz dos referenciais da Educação Permanente em Saúde (EPS) e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do SUS.

Sobre as oficinas:

A escolha pelas oficinas se justifica por ser um processo pluridimensional, criativo, coletivo, participativo a partir dos recursos do próprio grupo e da prática de cada um em seu cotidiano. Esse processo que caracteriza a oficina também contribui diretamente para a construção de uma Política de Saúde que seja participativa.

Você está sendo convidada(o) a participar desta pesquisa por ter afinidade com as PICS e apoiar a oferta dessas abordagens no SUS de seu município. Sua contribuição nesse estudo consistirá em participar de, aproximadamente, quatro oficinas, sendo as três primeiras de forma remota, via Google Meet e a última oficina, de forma presencial, em local e horário a combinar, de acordo com a escolha do grupo. Está previsto, ao

menos, uma oficina por mês. Cada encontro terá duração de, no máximo, duas horas e meia, com pausas combinadas previamente.

Os temas abordados não serão invasivos à intimidade das(os) participantes, entretanto, considerando a participação voluntária, faremos no início de cada encontro um momento de autocuidado, preservando um espaço de proteção física, mental e emocional das(os) participantes do grupo e será pactuado a respeito de sigilo e de boas práticas do trabalho grupal, bem como, a garantia que o grupo estará atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto que as reflexões possam provocar, assim como, as(os) integrantes terão a liberdade de não participarem dos diálogos se considerarem constrangedores, podendo ausentar-se do grupo a qualquer momento.

As discussões em grupo deverão ser gravadas em dispositivo de áudio e/ou vídeo e os dados gravados serão transcritos, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora principal por um período de cinco anos, resguardando o seu direito de acesso aos mesmos e após cinco anos, serão destruídos.

Todos os encontros contarão com a participação das proponentes e solicitamos, inclusive, sua autorização para essas gravações audiovisuais das oficinas. As pesquisadoras garantem total sigilo de todas as informações coletadas durante a pesquisa, não devendo serem identificadas(os) as(os) participantes, nem mesmo as instituições onde trabalham. As imagens das gravações não serão utilizadas para fins de análise na pesquisa. No entanto, poderão ser utilizadas em reuniões e apresentações de trabalho e eventos científicos. Nessas ocasiões, apresentaremos um Termo de Autorização de Imagem, caso seja da sua vontade e ou você esteja de acordo, as imagens serão divulgadas somente com sua autorização e assinatura do referido termo.

Se você trabalha no SUS, os encontros para a realização das oficinas não trazem prejuízos a você enquanto trabalhadora/trabalhador e nem ao seu trabalho, uma vez que fazem parte das atividades de Educação Permanente em Saúde (EPS), preconizadas pelo SUS, e assim sendo estão de acordo com as recomendações da Resolução CNS nº 580 de 2018.

Riscos e benefícios:

Riscos: Toda pesquisa envolve risco para seres humanos. Nesse estudo, a possibilidade de risco refere-se um risco subjetivo, devido a algumas perguntas nas oficinas que podem gerar algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço pela participação nos encontros das oficinas. Nessas situações, a equipe da pesquisa estará à disposição para esclarecer as dúvidas, para dialogar sobre os possíveis incômodos, para assegurar que a/o participante possa interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento e sem nenhum prejuízo a sua pessoa e nem à instituição, para falar sobre o desgaste e a possibilidade de continuidade ou não na pesquisa, dentre outros pontos que possam diminuir os riscos, e encaminhamento para profissionais especializados, se for o caso.

Ademais, por tratar-se de pesquisa que também terá coleta de dados via online, há possibilidade de risco relacionado à segurança dos dados no ambiente virtual. Diante disso, as pesquisadoras se comprometem a cumprir as orientações da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), bem como a fazer o download dos dados

coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou ‘nuvem’. Ainda para minimizar riscos de perdas de informações ou quebra de sigilo, as gravações dos encontros serão armazenadas em computador individual protegido por login e senha pessoais e intransferíveis; somente as pesquisadoras terão acesso a estes dados. Neste documento está disponibilizado um endereço eletrônico como um canal direto para a comunicação com as pesquisadoras. “Caso a pesquisa resulte comprovadamente em dano pessoal, ressarcimento e indenizações previstos em lei poderão ser requeridos pela(o) participante” (Resolução CNS nº 510 de 2016, artigo 17, II)

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação e dos serviços em todas as etapas do estudo, conforme determina a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, portanto, os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. No entanto, há um risco mínimo de quebra de sigilo não intencional por invasões em ambientes virtuais e de vazamento de dados relacionados a tecnologia da informação. Para assegurar que esses problemas não ocorram, as pesquisadoras adotarão medidas de controle dos dados disponibilizados pela plataforma Google Forms®, com uso de pastas zipadas, códigos de identificação, controle no gerenciamento, armazenamento e transferência dos dados. Também serão utilizados computadores próprios para essa finalidade, com proteção de senhas e códigos para que não haja nenhum extravio, ou perda ou quebra de sigilo. Vale destacar que somente a equipe de pesquisa terá acesso aos dados.

Todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação presencial, quando for o caso, serão ressarcidas no dia do próprio encontro.

Benefícios: Como benefícios, espera-se que a produção de uma estrutura de política municipal de práticas integrativas e complementares no SUS, possa contribuir para uma melhor legitimação e institucionalização dessas abordagens no SUS para os respectivos municípios participantes. Espera-se, ainda, que o desenvolvimento de oficinas na perspectiva da educação permanente em saúde favoreça a criação de outras estratégias para implantar, ampliar e/ou implementar as PICS no SUS, nos diferentes municípios possam estimular o desenvolvimento futuro das PICS, tantos nos municípios participantes como em outras localidades.

A pesquisa final, com os resultados obtidos, poderá ser enviada aos participantes, seguindo os cuidados de não identificação descritos acima, se os mesmos tiverem interesse em acessá-la.

Esta pesquisa está de acordo com a Resolução 510, de 07 de abril de 2016, que trata das normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar (CEP), que, vinculado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem a responsabilidade de garantir e fiscalizar que todas as pesquisas científicas com seres humanos obedeçam às normas éticas do país, e que os participantes de pesquisa tenham todos os seus direitos respeitados.

Caso você tenha dúvidas ou necessite algum esclarecimento, entrar em contato

com a pesquisadora Liliane Maria Gomes Torres, pelo telefone (16) 98141- 4474, como também com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, pelo telefone (16) 3351-8028.

O CEP-UFSCar funciona na Pró-reitora de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-9685. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana).

Para que esse convite seja formalizado, é necessário assinar esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que está sendo enviado via Google Forms em seu WhatsApp pessoal, com um link de acesso para esse Termo. Para o envio desse link, é tomado o cuidado para que se tenha um único remetente e um único destinatário, sem que se faça parte de grupos ou listas de transmissão, evitando qualquer identificação dos convidados e usando criptografia de ponta a ponta como forma de segurança dos dados.

Você receberá uma via deste documento assinada pelas pesquisadoras, que **SERÁ** enviada por email ou por correio, como você preferir.

O TCLE é um documento elaborado em duas “VIAS”, cujo objetivo é garantir seu direito enquanto participante, de receber o TCLE devidamente assinado e rubricado por você e pela pesquisadora.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. As pesquisadoras me informaram que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCAR.

Local: _____, _____ de _____ de 202_.

Nome e assinatura da/do participante da pesquisa

Nome e assinatura da pesquisadora responsável
Liliane Maria Gomes Torres

Email: liliane.torres@estudante.ufscar.br
Telefone: (16) 98141- 4474

Endereço: Rodovia Washington Luiz, Km. 235. Programa de Pós-graduação em Gestão da Clínica. CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil

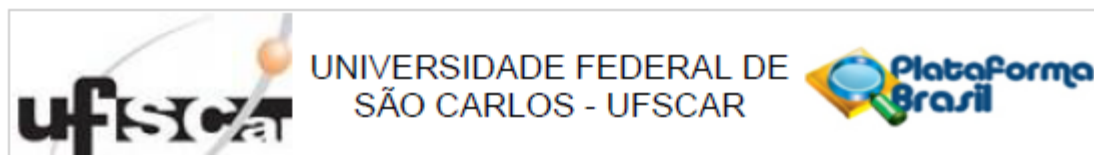
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, _____, portador/a da Cédula de Identidade nº _____, inscrito no CPF sob nº _____, residente à Rua _____, nº _____, na cidade de _____, AUTORIZO o uso de minha imagem em fotos ou filme, sem finalidade comercial, para ser utilizada nos trabalhos relacionados apresentação das atividades com as PICS, reuniões e eventos científicos da área da saúde e/ou da educação. A presente autorização é concedida a título gratuito, abrangendo o uso da imagem acima mencionada em todo território nacional e no exterior, em todas as suas modalidades e, em destaque, das seguintes formas: (I) home page; (II) cartazes; (III) eventos científicos; (IV) relatórios institucionais; (V) divulgação em geral. Estou ciente de que minha imagem pode ser editada, copiada, exibida, publicada ou distribuída e renuncio ao direito de examinar e / ou autorizar a reprodução do produto final em que minha imagem, retrato e / ou minha voz aparecem. Além disso, renuncio a quaisquer direitos, royalties ou outras compensações resultantes do uso de minha imagem, retrato e / ou voz ou relacionados a eles. Entendo também que este material pode ser usado em vários ambientes educacionais e sem limitação geográfica. Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos à minha imagem ou a qualquer outro.

Cidade e Data _____

Assinatura _____

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma Pesquisa-ação

Pesquisador: LILIANE MARIA GOMES TORRES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 74320923.9.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.623.008

Apresentação do Projeto:

"As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2206620.pdf, de 06/12/2023) e/ou do Projeto Detalhado (1_Projeto_completo_CEP_Liliane_Versao_2.pdf, de 27/10/2023). TCLE e/ou TALE (TCLE_Versao_2.pdf, de 27/10/2023 e Carta_Resposta_Versao_3.pdf (06/12/2023)

RESUMO

As Medicinas Tradicionais, Complementares e Integrativas estão em expansão nos sistemas de saúde no cenário mundial, dado seu alcance no cuidar holístico. No Brasil, estas abordagens são denominadas Práticas Integrativas e Complementares (PIC), e dentre os múltiplos desafios de sua consolidação, destaca-se a necessidade de uma política de saúde de PIC, nos diferentes municípios brasileiros. Diante deste contexto, esta pesquisa tem por objetivo geral: - Elaborar uma proposta de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com atores-chaves das PIC; objetivos específicos: - Analisar as demandas e desafios do processo de elaboração de uma proposta de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com atores-chaves das PIC. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio da pesquisa-ação, com atores-chaves das PIC, de municípios integrantes do DRS III. A coleta de dados será realizada por meio de oficinas

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

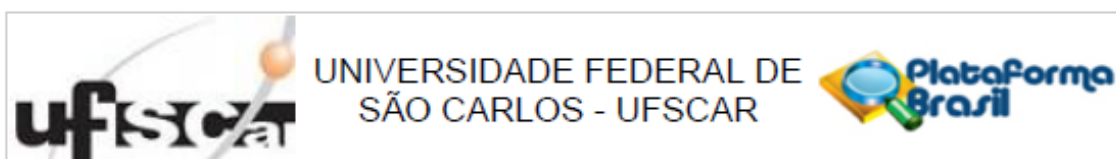
UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

CEP: 13.565-905

E-mail: ocephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.623.008

presenciais e online. Os dados serão analisados com base na proposta da sistematização de experiências, e interpretados à luz dos referenciais da educação permanente em saúde e das políticas públicas de saúde do SUS.

HIPÓTESE (se houver)

Parte-se do pressuposto que ter uma política municipal para PIC pode contribuir para organizar, planejar e desenvolver ações com estas abordagens terapêuticas, e assim favorecer sua implementação, institucionalização e legitimação.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio da pesquisa-ação (P-A). Local de estudo: O cenário do estudo será constituído por seis municípios integrantes do Departamento Regional de Saúde de Araraquara – DRS III, do Estado de São Paulo, a saber Américo Brasiliense, Boa Esperança do Sul, Gavião Peixoto, Itápolis, Tabatinga e Taquaritinga. Participantes da pesquisa: Serão convidados a participar da pesquisa, atores-chave que têm afinidade com as PIC e apoiam sua oferta no SUS, e que atenderem aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Assim sendo, espera-se a participação de diferentes atores-chave, sendo no mínimo um e no máximo quatro participantes, por município. Considerando-se os seis municípios do DRS III, farão parte da pesquisa, no mínimo seis e no máximo 24 participantes no total. Recrutamento: Espera-se realizar o recrutamento, primeiramente, na reunião do Grupo de trabalho (GT) PIC do DRS III, que acontece mensalmente. A partir da primeira indicação, dar-se-ão sucessivamente as indicações seguintes. Caso no número mínimo de participantes não seja alcançado neste primeiro recrutamento, espera-se realizar o recrutamento, em outros espaços, a exemplo de reuniões de equipe, do conselho municipal, grupos comunitários de caminhadas, atividades grupais com PIC, indicados pelos membros participantes do GT PIC. Esta estratégia de recrutamento é denominada Snowball ou Bola de Neve, uma técnica em que cada participante indica outro participante e assim, sucessivamente, formando uma cadeia de indicações (VINUTO, 2014). Os contatos serão realizados pessoalmente ou virtualmente (via Google meet ou similar) de acordo com a preferência do participante, em data, horário de preferência do participante. Caso o contato seja pessoalmente, o local, data e horário também serão de escolha do grupo. Estratégias de investigação: Para o desenvolvimento desta P-A, as estratégias de investigação escolhidas para a produção dos dados serão a análise documental e as oficinas. Análise documental: Espera-se proceder a análise dos documentos produzidos pelo GT PIC DRS III,

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

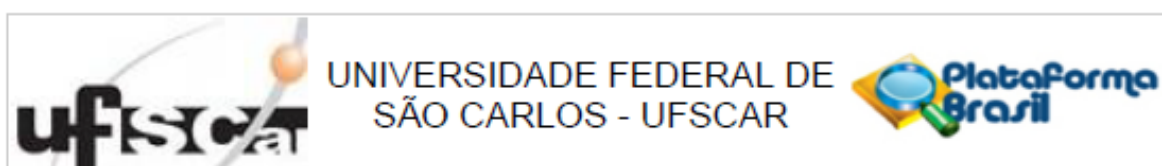
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.623.008

no ano de 2023, a saber: os registros dos encontros, as narrativas individuais e a narrativa coletiva de reflexão e avaliação deste processo, a fim de se obter um diagnóstico inicial sobre as potencialidades e desafios do grupo frente à para a elaboração da PMPIC. Oficinas: As oficinas se constituirão dos momentos seguintes desta P-A. Vale ressaltar que nos momentos/ciclos referentes às oficinas, os encontros serão combinados previamente de acordo com a disponibilidade dos diferentes sujeitos, em local combinado previamente, de acordo com a escolha do grupo. Estão previstas quatro oficinas, sendo, ao menos, uma oficina por mês. Cada encontro terá duração de no máximo duas horas e meia. As discussões serão gravadas mediante a autorização dos participantes, e transcritas para posterior análise e discussão dos dados coletados. Análise de dados: Os dados obtidos serão analisados a partir da sistematização de experiências, proposta por Holliday (2006), considerando-se os cinco tempos, recomendados em todo processo de sistematização: 1) O ponto de partida, 2) As perguntas iniciais, 3) Recuperação do processo vivido, 4) A reflexão de fundo e 5) Os pontos de chegada. Critérios de inclusão de participantes:- Ter idade igual ou superior a 18 anos; - Apoiar a oferta de PIC no SUS, sendo ou não um trabalhador do SUS; - Residir ou trabalhar em um dos seis municípios do DRS III. Critérios de exclusão de participantes:- Ter idade inferior a 18 anos; - Não apoiar a oferta de PIC no SUS; - Não residir ou não trabalhar em um dos seis municípios do DRS III. A pesquisa será iniciada somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.

Critério de Inclusão: Critérios de inclusão de participantes:- Ter idade igual ou superior a 18 anos;- Apoiar a oferta de PIC no SUS, sendo ou não um trabalhador do SUS; - Residir ou trabalhar em um dos seis municípios do DRS III

Critério de Exclusão: Critérios de exclusão de participantes: - Ter idade inferior a 18 anos; - Não apoiar a oferta de PIC no SUS; - Não residir ou não trabalhar em um dos seis municípios do DRS III

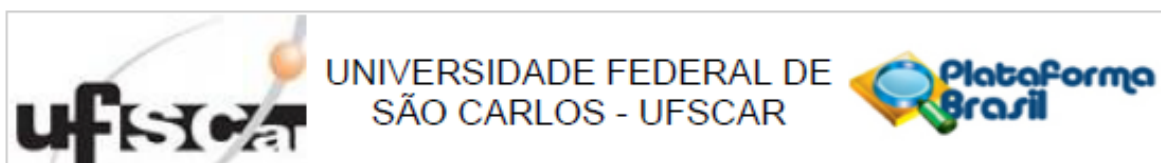
"

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário: Elaborar uma proposta de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com atores-chaves das PIC.

Objetivo Secundário:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.623.008

Analisar as demandas e desafios do processo de elaboração de uma proposta de Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com atores-chaves das PIC."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: Toda pesquisa envolve risco para seres humanos. Nesse estudo, a possibilidade de risco refere-se um risco subjetivo, devido a algumas perguntas nas oficinas que podem gerar algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço pela participação nos encontros das oficinas. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, a participação poderá ser suspensa imediatamente, o participante poderá retirar seu consentimento de participação, ou retomar em outro momento e, ainda, se houver necessidade, a equipe de pesquisa poderá encaminhá-la/o a um profissional. Ademais, por tratar-se de pesquisa que também terá coleta de dados via online, há possibilidade de risco relacionado à segurança dos dados no ambiente virtual. Diante disso, as pesquisadoras se comprometem a cumprir as orientações da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), bem como a fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou 'nuvem'. Ainda para minimizar riscos de perdas de informações ou quebra de sigilo, as gravações dos encontros serão armazenadas em computador individual protegido por login e senha pessoais e intransferíveis; somente as pesquisadoras terão acesso a estes dados.

Benefícios: como benefícios, espera-se que a produção de uma proposta de política municipal de práticas integrativas e complementares no SUS, possa contribuir para uma melhor legitimação e institucionalização dessas abordagens no SUS para os respectivos municípios participantes. Espera-se, ainda, que o desenvolvimento de oficinas na perspectiva da educação permanente em saúde favoreça a criação de outras estratégias para implantar, ampliar e/ou implementar as PIC no SUS, nos diferentes municípios possam estimular o desenvolvimento futuro das PIC, tantos nos municípios participantes como em outras localidades."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, desenvolvida por meio da pesquisa-ação, com atores-chaves que apoiam as PICs no SUS, de seis municípios do DRS III. A

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

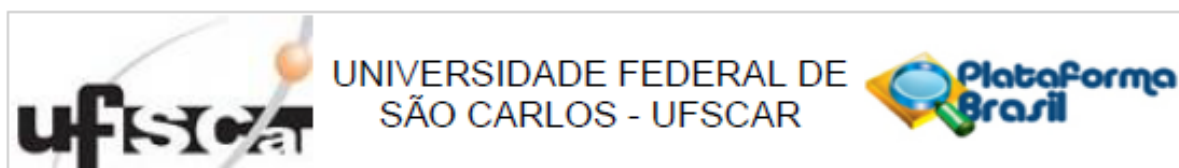
UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.623.008

coleta de dados será realizada por meio de análise documental e oficinas presenciais e online, as quais serão analisadas com base na proposta da sistematização de experiências. Os dados serão interpretados à luz dos referenciais da Educação Permanente em Saúde e das políticas públicas de saúde do SUS."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências previamente observadas:

1- Em relação ao orçamento apresentado: de acordo com a Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.3.e, todos os protocolos de pesquisa devem conter, obrigatoriamente, orçamento que detalhe os recursos, as fontes e a destinação, bem como apresentar previsão de ressarcimento de despesas do participante e de seus acompanhantes, quando necessário. Sendo assim, solicita-se que seja apresentado orçamento financeiro detalhado, que especifique TODOS os recursos, as fontes e a destinação. Oriento o pesquisador a ler o MANUAL DE ORIENTAÇÃO: PENDÊNCIAS FREQUENTES EM PROTOCOLOS DE PESQUISA CLÍNICA -CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP/CNS/MS) - 2015;

PENDÊNCIA ATENDIDA

2-Deve-se apresentar documento (carta de anuência) que demonstre que a instituição tem infraestrutura adequada para o desenvolvimento da pesquisa e condições de prestar assistência ao participante, sobretudo para as situações de urgência/emergência clínica. Esse documento deve ser assinado pelo responsável institucional que tenha competência para tal (por exemplo, o diretor técnico numa instituição hospitalar). Norma Operacional CNS N.º 001 de 2013, item 3.3.h e item 3.4.1.17. Muitas autorizações estão sem carimbo e/ou cargo do responsável.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

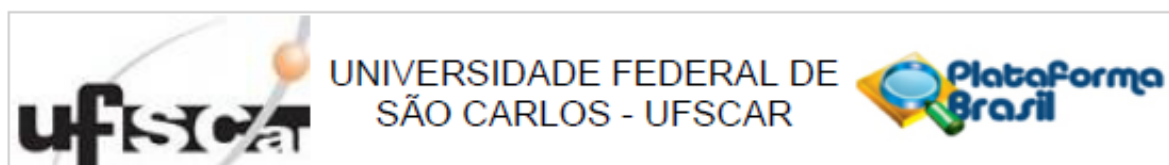
UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.623.008

RESPOSTA DO CEP: A carta de anuência da Secretaria de Saúde Itápolis/SP está assinada pela Enfermeira Rafaela Amanda Revoredo, no entanto não consta em seu carimbo ou discriminado o cargo administrativo exercido por esta profissional. AS cartas de anuência devem ser assinadas por gestores e funcionários com cargos administrativos compatíveis. Solicita-se adequação.

PENDÊNCIA ATENDIDA

3-O cronograma do estudo não está adequado pois não detalha os passos da pesquisa. Ressalta-se, ainda, a necessidade de adequação do cronograma de forma a descrever a duração das diferentes etapas da pesquisa, com o compromisso explícito do pesquisador de que o estudo será iniciado somente a partir da aprovação pelo Sistema CEP/Conep (Norma Operacional CNS n.º 001, de 2013, item 3.3.f).

PENDÊNCIA ATENDIDA

4-Cadastrar a instituição onde será realizada a pesquisa ou parte dela como Instituição Coparticipante. Ver como fazer o cadastro no Manual Pesquisador da Plataforma Brasil (disponível na seção Manuais da página inicial dessa plataforma).

PENDÊNCIA ATENDIDA

Em relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

5- O pesquisador cita a abreviação "PIC" antes de descrever seu significado, Solicito adequação Resolução CNS nº 466 de 2012, itens II.23, II 24 e IV, Resolução CNS n.º 510, de 2016, Artigo 15).

PENDÊNCIA ATENDIDA

6-Ressalta-se que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variadas. No item II.22, da Resolução CNS n.º 466, de 2012, define-se como risco da pesquisa a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente. Diante do exposto, solicita-se que

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9685

Município: SÃO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS - UFSCAR



Continuação do Parecer: 6.623.008

constem, no TCLE, os potenciais riscos e desconfortos que o estudo possa acarretar ao participante de pesquisa (Resolução CNS n.º 466, de 2012, item IV.3.b). Para o Sistema CEP/Conep, não existe pesquisa livre de risco. É necessário observar que risco é qualquer possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente. O pesquisador informa no TCLE que não há riscos para o participante e depois descreve os riscos, solicitando adequação.

PENDÊNCIA ATENDIDA

7-A Resolução CNS N.º 466 de 2012, item IV.5.d, orienta que o TCLE deve ser elaborado em duas "VIAS" (e não cópias como informa no TCLE) e rubricadas em todas as suas páginas (pelo participante de pesquisa e pelo pesquisador). Essas exigências têm por objetivo garantir um dos direitos do participante: o de receber o TCLE devidamente assinado e rubricado por ele e o pesquisador. SOLICITA-SE ADEQUAÇÃO PARA INFORMAR SOBRE A "VIA" DO PARTICIPANTE E A GARANTIA QUE ELE RECEBERÁ ESSA VIA.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Projeto APROVADO: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução N.º 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

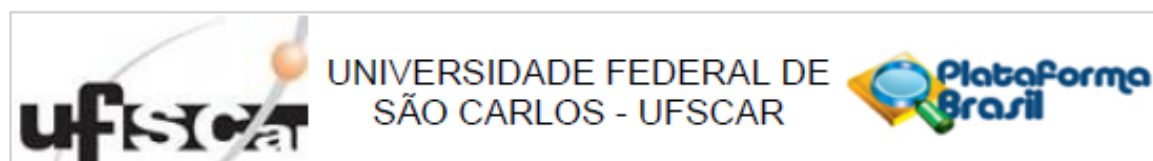
UF: SP

Telefone: (16)3351-9685

Município: SÃO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.623.008

término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2206620.pdf	06/12/2023 13:11:23		Aceito
Outros	Carta_Resposta_Versao_3.pdf	06/12/2023 09:54:56	LILIANE MARIA GOMES TORRES	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_DRSIII_Municipios.pdf	28/10/2023 09:19:38	LILIANE MARIA GOMES TORRES	Aceito
Outros	Carta_Resposta_Versao_2.pdf	27/10/2023 19:14:59	LILIANE MARIA GOMES TORRES	Aceito
Orçamento	Orcamento_Financeiro_Versao_2.pdf	27/10/2023 18:01:25	LILIANE MARIA GOMES TORRES	Aceito
Cronograma	Cronograma_Versao_2.pdf	27/10/2023 18:00:42	LILIANE MARIA GOMES TORRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	1_Termo_autorizacao_imagem.pdf	27/10/2023 18:00:12	LILIANE MARIA GOMES TORRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Versao_2.pdf	27/10/2023 17:59:25	LILIANE MARIA GOMES TORRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1_Projeto_completo_CEP_Liliane_Versao_2.pdf	27/10/2023 17:56:05	LILIANE MARIA GOMES TORRES	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Mestrado_Liliane_CCBS_assinado.pdf	19/09/2023 08:16:32	LILIANE MARIA GOMES TORRES	Aceito

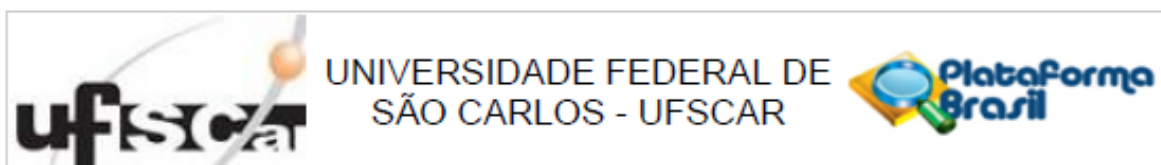
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 6.623.008

SAO CARLOS, 24 de Janeiro de 2024

Assinado por:
Sonia Regina Zerbetto
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br