 DOI: https://doi.org/10.51723/ccs.v34i04.1418

Proposta de modelo teórico para uma política de práticas integrativas em saúde no Brasil

Proposal for a theoretical model for a policy of integrative health practices in Brazil

Maria Panisson Kaltbach Lemos[1], Vera Lucia Luiza[2]

RESUMO

Introdução: diante das dificuldades e divergências na implantação de políticas dessa natureza, modelizou-se a Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, para melhor compreender, de maneira retroativa, sua estrutura lógica de concepção – a teoria de mudança implícita que motiva a sua implementação.

Objetivo: contribuir para formação de uma cultura de saúde, com autonomia e empoderamento das pessoas e das comunidades para o autocuidado provocando com isso o aumento da satisfação de profissionais de saúde e de usuários, da racionalização de ações em saúde e da resolubilidade do SUS no Distrito Federal.

Resultados: convergência na contribuição dos diferentes atores envolvidos em relação aos elementos do modelo proposto, que não foi testado.

Conclusão: permitiu um primeiro olhar sistematizado, para elaboração de novas versões, contribuindo com implantação, implementação e futura avaliação desta e de políticas semelhantes.

Descritores: Avaliação em Saúde; Terapias Complementares; Políticas Públicas de Saúde; Saúde Pública; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: faced with the difficulties and divergences in the implementation of policies of this nature, the District Policy for Integrative Health Practices was modeled, to better understand, retroactively, its logical design structure – the implicit theory of change that motivates its implementation.

Objective: identified for that policy was to contribute to the formation of a health culture, with autonomy and empowerment of people and communities for self-care, thus causing an increase in the satisfaction of health professionals and users, the rationalization of actions in health and the resolvability of the SUS in the Federal District.

Results: there was convergence in the contribution of the different actors involved in relation to the elements of the proposed model.

Conclusion: callowed a first systematic look, for the elaboration of new versions, contributing to the implantation, implementation and future evaluation of this and similar policies.

Keywords: Health Evaluation; Complementary Therapies; Health Policy; Public Health; Health Management.

[1] Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SESDF.

[2] Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Rio de Janeiro.

Autor correspondente: **Maria Panisson Kaltbach Lemos** – Endereço institucional – SES-DF – Administração Central (ADMC) – Edifício PO 700 – (1º e 2º andar). Setor de Rádio e TV Norte (SRTVN) – 701 Norte – Via W5 Norte, lote D – CEP: 70719-040 – E-mail: maria.kaltbach@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde a Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978, destaca a utilização de Práticas de Medicina Tradicional, nos Sistema Públicos de Saúde. Considera as Medicinas Tradicionais e Complementares (MTC) recursos de cuidado de uso não convencional no sistema de saúde atual, voltados para manutenção do bem-estar, para tratamento, diagnóstico ou prevenção de enfermidades[1,2].

Há registros milenares do conhecimento referente às bases e às práticas de MTC no mundo. Em países em desenvolvimento, MTC são terapêuticas mais acessíveis e disponíveis que a medicina convencional. Em países desenvolvidos o seu uso é expressivo e crescente, havendo uma tendência mundial de expansão[1,2]. Ressalta-se que a medicina tradicional chinesa, que compõe o mesmo campo de discussão, resulta na mesma sigla, MTC.

Pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro, esses recursos de cuidado são denominados Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e foram incluídos na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) gradativamente, atingindo 29 modalidades em 2018[3-5]. As práticas convencionais, por sua vez, costumam ser designadas como biomedicina[6].

A publicação da PNPIC atua como um importante marco na expansão das práticas integrativas e complementares no SUS[7] e a 16ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2019, ratifica a valorização popular dessas práticas no país, referindo as práticas integrativas em nove propostas, presentes em três dos quatro eixos do seu relatório final[8].

O MS deu aos estados autonomia para elaboração e execução de suas próprias políticas de PICS[3]. O Distrito Federal (DF) é cenário de mais de trinta anos de trajetória para institucionalização das PICS com foco na saúde pública. Hortos de Plantas Medicinais, atividades de Homeopatia e de alimentação natural foram precursores desse processo[9]. Em 1989 foi estabelecido o Programa de Desenvolvimento das Terapias não Convencionais. Em 2000, criou-se um Núcleo na estrutura de gestão da APS da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), que, em 2011, transformou-se em uma Gerência de Práticas Integrativas (GERPIS), responsável, até o momento deste estudo, pela promoção e pelo apoio à implantação da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS)[10].

A PDPIS, objeto deste artigo, se destaca perante a dos estados da federação, premiada como uma experiência exitosa no território nacional[11]. Na época de sua publicação, 2014, contemplava 14 práticas, enquanto a proposta do nível federal, nesse mesmo ano, cinco. Foram incluídas mais três em 2019 e mais uma em 2022, totalizando 18 PIS para oferta pelo SUS no DF[9,12,13]. A oferta, individual ou coletiva, deve ser conduzida por profissional da assistência habilitado: o facilitador de PIS[14].

Sabemos que a pesquisa em MTC é muito menos desenvolvida que a da medicina atualmente convencional. Cada vez mais é necessário determinar a sua segurança e eficácia, com apoio do campo acadêmico[15]. Apoiar a integração entre medicina convencional e a MTC, em sua complexidade, exige compreensão das diferenças entre estas intervenções[16].

As PICS representam uma inovação técnico-tecnológica que rearranja processos de trabalho, mudando o foco da doença para a saúde, processo que se inicia com os próprios profissionais e serviços de saúde[17]. É preciso discutir modelos voltados para a melhoria da qualidade das práticas, mas que sejam apropriados e factíveis, ampliando o ainda incipiente debate[18]. Da mesma forma, é fundamental, no DF, alicerçar a PDPIS com avaliação e monitoramento, visando ampliar qualidade técnica na gestão e formulação de estratégias[19].

A complexidade das relações causais, com fenômenos que retroagem uns em relação aos outros, somada à imprecisão do horizonte temporal para obtenção de resultados e ao grande número de atividades com lógicas distintas executadas por atores interdependentes são aspectos que tornam a PDPIS uma intervenção complexa[20], como são, em geral, as políticas públicas voltadas para a saúde.

A modelização pode tornar possível a inteligibilidade de um sistema complexo e constituir uma importante ferramenta de comunicação[20]. A construção de modelos avaliativos visa contribuir com uma perspectiva avaliativa útil para gestores, profissionais e instituições de saúde[18], considerando a complexidade dos processos de gestão envolvidos[21].

Diversas metodologias têm sido empregadas para desenhar intervenções. A modelização tem contribuído para compreensão das intervenções de diferentes temas que envolvem a promoção de saúde pública, sendo muitas vezes um desenho retrospectivo e que envolve necessidade de mudanças de comportamento[22-24]. A ciência comportamental é uma possibilidade a ser utilizada para a tomada de decisão na saúde pública e para mudar comportamentos que possam gerar adoecimento ou saúde[25].

A abordagem com teoria da mudança é difundida e utilizada tanto para avaliação como para o desenho de uma intervenção em saúde pública. Muitas publicações apresentam poucos detalhes em relação ao seu processo de desenvolvimento, mas o modelo em si pode contribuir com a execução e a avaliação dessas intervenções[26].

O aumento, ainda que lento, do número de equipes que ofertam práticas integrativas e complementares[27], torna cada vez mais urgente a compreensão dos modelos teóricos das PIS no país. Assim, como é importante adotarmos práticas baseadas em evidências na saúde pública, também precisamos de evidências baseadas na realidade prática[28]. Em casos em que a intervenção se baseia em saberes implícitos e não em uma teoria subjacente, a modelização permite explicitar o caminho lógico dos atores e revelar seus objetivos. Nesse caso, é fundamental envolver os atores da intervenção, pois a lógica do modelo pode não estar registrado em documentos[20]. A documentação existente sobre uma intervenção junto com o envolvimento das partes interessadas facilitam o desenvolvimento de modelos lógicos e o processo de desenvolvimento em si pode facilitar vínculos importantes[29].

Este artigo inova com a apresentação de uma proposta retrospectiva de modelo lógico-teórico para representar a teoria da mudança de uma política de PICS com implantação pioneira na saúde pública no Brasil, o que traz um grande potencial de contribuição.

MÉTODOS

Trata-se de um recorte do estudo de Lemos[30], desenvolvido entre 2020 e 2021, com caráter quali-quantitativo, que incluiu a modelização da PDPIS de forma retrospectiva, com envolvimento e validação dos atores de sua implantação. O estudo baseou-se nas proposições de Wholey[31] e Leviton *et al.*[32]. Para a modelização deste artigo, são consideradas as quatro primeiras etapas adaptadas da metodologia dos autores supramencionados (Quadro 1).

Quadro 1

Etapas da modelização utilizadas adaptadas de Wholey[31] e Leviton *et al.*[30]. Brasília-DF, 2022.

Etapas	Recursos de pesquisa
Envolvendo os interessados na política	Reunião com validação da matriz de interessados e dos questionários. Disponibilização dos questionário aos participantes.
Esclarecendo a intenção da política e iniciando a modelização: objetivos e diretrizes	Reunião de discussão, consenso e início da modelização. Coleta de informações disponíveis (documentos e questionários).
Explorando a realidade de execução da política: estratégias e ações	Reunião de discussão e consenso (planilha de informações da PDPIS). Coleta e organização de informações disponíveis (documentos, questionários, planilha de informações da PDPIS, modelização inicial). Construção de Modelo-lógico.
Verificando plausibilidade, validando e ajustando o desenho	Reunião de apresentação de síntese do material obtido e elaborado, discussão, consenso e validação da modelização. Ajuste da modelização.

Os recursos de pesquisa utilizados foram: matriz de interessados, consulta a documentos públicos e de gestão, reuniões de discussão e consenso com equipe GERPIS, questionário, planilha de informações da PDPIS e as diferentes versões dos modelos em construção.

A equipe da GERPIS participou de todas as etapas do estudo, de forma colaborativa, inspirada na proposta de Rincones-Gómez, Hoffman e Rodríguez-Campos[33], com manutenção da condução e da metodologia do processo a cargo do pesquisador. Os demais envolvidos, responderam ao questionário da pesquisa.

A partir das interações com os participantes, as informações foram agregadas, validadas e ajustadas ao longo do processo dinâmico de modelização[32],

com ajustes no desenho a partir do uso repetido dos recursos de pesquisa e da revisão das informações obtidas[31,32].

No contexto de execução da PDPIS, a gestão da saúde no Distrito Federal engloba funções de estado e de município, atende a uma população em torno de 3.000.000 habitantes e está subdividida em sete Regiões de Saúde (RS), além da Administração Central. As PIS permeiam os três níveis de atenção à saúde, apesar do predomínio histórico de utilização na atenção primária à saúde (APS), iniciado em 1983, com trajetória de institucionalização iniciada em 1989[9].

Os grupos de participantes foram intencionais, considerando os principais atores da implementação da política[34] na APS: equipe de gestão técnica central (GERPIS); gestores centrais e regionais da APS, sorteadas três das sete RS e incluída de cada RS sorteada a Gerência com maior número conhecido de modalidades de PIS implantadas ao longo dos anos por servidores habilitados, mesmo se os serviços estivessem inativos; facilitadores de PIS da rede, das três Gerências incluídas; e representantes dos usuários no Conselho de Saúde do DF.

A seleção individual foi feita pela ocupação dos cargos de gestão; pela atuação na GERPIS; pela maior proatividade em reunião aleatória do Conselho de Saúde; e pela habilitação para oferta de cada PIS implantada no território, tendo como critério de desempate a antiguidade no vínculo com a SES-DF. Não houve distinção quanto a posição pessoal favorável ou não à política.

Os documentos de gestão, disponibilizados pela GERPIS, incluíam informações de seus processos de trabalho, de monitoramento da rede e de registros de inúmeras reuniões de discussão e consenso sobre a PDPIS, realizadas em 2019 e 2020. Os documentos públicos consultados foram a própria política, relatórios anuais de gestão e bibliografia sobre modelização e políticas públicas. Os documentos forneceram informações úteis sobre estrutura de políticas, sobre o cenário e sobre a teoria da mudança implícita.

A planilha de informações foi fornecida aos membros da GERPIS para resposta individual sobre clareza, viabilidade, realização atual, pertencimento e relação das estratégias do texto da PDPIS com demais elementos da política.

Nas reuniões, buscou-se o esclarecimento do propósito e dos principais elementos da política, seguido da modelização lógica destes componentes, da verificação da realidade de implantação da PDPIS e da validação das informações com o grupo técnico da GERPIS, de forma consensual.

O questionário aplicado a todos os participantes foi semiestruturado, oferecendo opção de preenchimento de campo "outros" em cada questão. Visava à expressão de concordância ou não com objetivos da política e esclarecimento de aspectos da sua implantação nos diferentes contexto e âmbito de atuação dos envolvidos. A única pergunta aberta permitia detalhamento das respostas e outros comentários gerais sobre a implementação da PDPIS.

As informações obtidas foram organizadas em planilha Excel para análise de frequência de respostas. Nenhuma informação obtida foi excluída e as respostas menos frequentes serviram para lapidação do modelo proposto, uma vez que todas as participações e registros compõem o cenário de existência da política.

O artigo se enquadra nos critérios de Breuer *et al.*[26] para relato de estudo de teoria da mudança em intervenções de saúde pública, descrevendo a cadeia lógica de resultados intermediários que levam aos resultados específicos de longo prazo esperados com PDPIS.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, do Distrito Federal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O texto da PDPIS continha: apresentação; marcos histórico e institucional; contexto atual; pressupostos conceituais; objetivos; diretrizes e estratégias; glossário; referências; e anexos. Apresentava bases legais e, quanto às responsabilidades institucionais, mencionava que, em conformidade com a PNPIC, no Distrito Federal, é responsabilidade da SES-DF o desenvolvimento das PIS, sendo da GERPIS a missão de geri-las[9]. Contemplava quase todos os elementos descritos pelo Ministério da Saúde (2009) como necessários para cumprimento da finalidade de uma formulação política, podendo ter seu texto aprimorado no aspecto de descentralização da gestão e da responsabilidade intersetorial.

Da equipe da GERPIS participaram do estudo 13 pessoas; do grupo dos gestores centrais e regionais da APS participaram 9; do grupo dos facilitadores de PIS da rede 17 participaram; e, representantes dos usuários no Conselho de Saúde do DF foram 3, totalizando 42 participantes.

Dos 42 participantes, 38 responderam ao questionário eletrônico da pesquisa. Destes, 13,2% tinham mestrado como maior nível de escolaridade, 52,6% especialização, 26,3% ensino superior e 7,9% ensino médio. A formação profissional era diversificada, incluindo área da saúde, educação e ciência sociais. Três participantes representavam os usuários no Conselho de Saúde e não tinham vínculo profissional com a SES. A maioria dos outros 35 (77,1%) tinha mais de 10 anos de vínculo com a SES e apenas 11% destes tinham vínculo a menos de 5 anos. Os outros quatro participantes eram membros da GERPIS, que contribuíram nas reuniões.

Problema e rede causal da teoria

A política pública é formulada ou desenhada para atuar sobre a fonte ou a causa de um determinado problema ou conjunto de problemas, sendo sua solução ou minimização considerada o objetivo geral da ação pública[35]. No modelo proposto, o problema implícito identificado, passível de ser minimizado com a PDPIS, é o baixo acesso a tecnologias de cuidado integral com foco na cultura de saúde pelo SUS, havendo pouca utilização do potencial de contribuição dessas formas de cuidado para o sistema.

As PICS estão inseridas no contexto de atendimento em saúde a fim de promover o cuidado integral e humanizado ao indivíduo, mas ainda é pouco explorado o seu potencial de contribuição[3,36]. São oferecidas de forma incipiente no SUS, mas é possível observar reflexos positivos, tanto para usuários como para os serviços de saúde que as utilizam[37].

A rede multicausal do problema apresentado no modelo teórico proposto neste artigo se retroalimenta e destaca alguns pontos importantes: cuidado em saúde pública com pouco foco no empoderamento e na autonomia dos sujeitos; escassez de autoconhecimento e autocuidado nos indivíduos; pouco conhecimento sobre PIS e medicina integrativa entre gestores, outros profissionais e usuários; falhas na gestão para implementação da oferta de PIS como tecnologias de cuidado à saúde; escassez de profissionais habilitados para uso cotidiano das PIS nos serviços de saúde; oferta insuficiente de tecnologias de cuidado integral à saúde pelo SUS; e falta de confiança, desvalorização e preconceito sobre uso das PIS como abordagens de saúde.

Na promoção da saúde, o empoderamento é um processo por meio do qual as pessoas ganham maior controle sobre decisões e ações que afetam sua saúde. O empoderamento favorece a ação comunitária para a melhora da saúde[38].

Ser sadio significa possibilidade de ultrapassar a norma habitual e instituir novas normas em situações novas, sendo a saúde reguladora das possibilidades e geradora de sensação não apenas de possuir, mas de poder criar valor e instaurar normas vitais[39]. Ações de autocuidado que os indivíduos desempenham são voluntárias e intencionais, de forma deliberada, em seu próprio benefício. Portanto, cuidar de si é exercer o autocuidado[40].

A individualidade não pode ser determinada pelo poder público, por profissionais ou pela sociedade. Quando o poder público paternalista busca intervir para a saúde do sujeito, este fica tolhido na sua liberdade de encontrar seu próprio equilíbrio[41]. A verdadeira motivação parte de cada um, cabendo à equipe de saúde estimular o potencial nos indivíduos[42].

Ao contrário de uma saúde pública que busca combater as mazelas sociais, a implementação de PIS busca o oposto – recolocar o indivíduo no centro do poder para condução da sua vida em sociedade. Ter a saúde não como algo imposto, mas como algo construído social e individualmente por cada membro e pela sociedade como um todo. Reconfigurar e reestabelecer a condição de saúde, de bem viver, das comunidades, por meio delas mesmas[43].

A promoção de saúde envolve um fazer educativo que visa ao empoderamento do indivíduo para o autocuidado, incluindo a aprendizagem e o comportamento. No modelo Precede-Procede[44] de elaboração e avaliação de políticas focadas na promoção da saúde, a perspectiva é predominantemente coletiva. Apesar dos aspectos individuais que influenciam e determinam a saúde e a qualidade de vida, os aspectos coletivos geradores de saúde podem ser implementados e priorizados por meio da PDPIS, em contraponto ao dilema do cuidado individualizado, aparentemente inviável no contexto da saúde pública.

Cada prática integrativa contribuiria com aspectos coletivos, de comportamento e ambiente, de forma a gerar predisposição, reforço e habilitação para o estado de saúde. Nesse raciocínio, mesmo as práticas ditas individuais apresentam cunho coletivo, posto que o indivíduo em si faça parte do ambiente coletivo e a possibilidade de predispor ou reforçar seu comportamento não afeta apenas a si.

Outras teorias e metodologias de comportamento podem auxiliar na compreensão do funcionamento de cada prática integrativa que compõe a PDPIS, mas pode não ser desejável o seu uso ao desenvolver teorias de programa. Elas podem ser muito rígidas para levar em conta o contexto e os sistemas. Selecionar uma teoria de mudança de comportamento não abarcaria todos os fatores que as influenciam[24]. A modelagem baseada em agentes é uma metodologia madura e potencial alternativa para compreender mecanismos de comportamento em sistemas complexos envolvendo interações entre indivíduos heterogêneos com seu ambiente, particularmente na saúde pública[24].

Ao analisar uma política de saúde devemos ter em mente que ela impulsiona um processo de apropriação, redefinição e produção de significados sociais, com impactos reais na estrutura da sociedade[45]. Por isso, a maior intervenção em saúde e o menor empoderamento do sujeito se retroalimentam na rede causal do modelo proposto.

Os profissionais de saúde, na assistência e na gestão, como indivíduos, também vivenciam a lógica de maior intervenção para consigo, da mesma forma que predominantemente aprendem na sua formação básica a racionalidade convencional de atenção à saúde, possuindo pouco conhecimento sobre PIS e medicina integrativa. Em estudo transversal, a maioria dos médicos investigados referiu desconhecer a PNPIC, mas 43% desejava conhecer mais sobre as práticas e 80% concordava com a inclusão delas no SUS[46].

Há pouca regulamentação nacional da formação e prática em PIC. A inserção do tema no ensino é incipiente e a institucionalização envolve ação governamental para sua inserção na formação profissional[36]. A necessidade de viabilização da formação e qualificação dos profissionais em número adequado para atuar no SUS é reafirmada[47] e se evidencia a limitação no conhecimento sobre variabilidade e finalidade de tais práticas, o que contribui para uma implementação deficiente e sem embasamento científico[48].

A organização do sistema de saúde sob a ótica da racionalidade biomédica, no ensino, na gestão e na assistência, foi sinalizada pela equipe GERPIS e torna natural o desarranjo na gestão para implementação da oferta de PIS como tecnologias de cuidado à saúde, bem como a escassez de profissionais habilitados para seu uso cotidiano, gerando menor oferta destas tecnologias de cuidado integral à saúde pelo SUS.

A racionalidade da biomedicina domina a área da saúde institucional nos aspectos epistemológicos e culturais, com grande força política, muito associada a um complexo médico industrial. Os estudos conduzidos na lógica da biomedicina frequentemente reduzem algumas práticas integrativas a procedimentos isolados, partidos, o que precisa dar lugar à complementariedade entre saberes distintos[49].

A maioria dos profissionais atua com PICS por iniciativa própria, sem planejamento de gestão e recursos[36,50]. A oferta de prática implantada, financiada e desenvolvida pelos profissionais, sem apoio da gestão, fica muito susceptível, não caracterizando uma política de Estado[51]. Sem a institucionalização e sustentabilidade da política há fragilidade e instabilidade da oferta dos serviços, além de dificultar o adequado monitoramento e a avaliação, para garantir segurança e qualidade[51].

Sem priorização e diante do desconhecimento é esperada falta de confiança, desvalorização e preconceito sobre uso das PIS como abordagens de saúde. Isso retroalimenta a cadeia causal mantendo o sistema convencional hegemônico, que busca uma assistência integral à saúde, feito com olhar fragmentado do sujeito, diferente de uma proposta de cuidado integral à saúde, feito com olhar unificado do sujeito, que se aproxima mais das racionalidades médicas nas quais estão inseridas as PIS.

As PICS incluem distintas racionalidades médicas e recursos terapêuticos, que buscam prevenção de doenças e recuperação da saúde, com visão ampliada do processo saúde-doença e promoção global do cuidado humano, em especial do autocuidado. As racionalidades médicas estão vinculadas aos sistemas médicos complexos estruturados que incluem cosmovisão, morfologia humana, dinâmica vital humana, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema terapêutico. Por outro lado, os recursos inseridos em uma racionalidade, apesar de complexos, não são em si racionalidades médicas[3,52].

Um exemplo são as práticas corporais integrativas, que promovem a saúde fundamentada no paradigma da vitalidade-energia e estimulam as pessoas a descobrirem limites e potencialidades do corpo, em dimensões mais visíveis e mais sutis, reverberando no individual e também no coletivo, em uma nova construção de relações consigo e com o universo, para a vida e a ressignificação dos processos saúde-doença[53].

Cadeia lógica de funcionamento da PDPIS

Em busca de melhorar o acesso ao cuidado integral com foco na cultura de saúde pelo SUS, na modelização proposta da teoria da mudança da PDPIS são apresentadas três principais mudanças esperadas a partir do funcionamento da política.

Primeiramente, para atuação com PIS em toda a rede SUS-DF normatizada e instrumentalizada para atendimento das necessidades da comunidade são necessárias normas e informações técnicas que orientem sua implantação e execução, uma gestão coesa, ativa e articulada intersetorialmente e o conhecimento dos gestores para inclusão estratégica e oportuna.

No contexto interno da SES-DF, os serviços de PIS, como os demais serviços de saúde da rede, seguem normativas institucionais gerais para sua gestão, além daquelas específicas de PIS. No conjunto das normas institucionais estão especificadas responsabilidades dos diversos setores públicos em relação às ações para a saúde, seus recursos e mecanismos de operação. Dessa forma, com exceção das diretrizes gerais que se espera do texto de uma política, outros documentos podem ser considerados para o norteio das ações com PIS, de forma a compreender a descentralização de responsabilidades, garantir o comprometimento intersetorial e os diferentes recursos necessários para implementação da PDPIS.

O consenso do grupo de gestão central de PIS sobre o conceito de implementação da política foi abrangente. Destacou-se a importância da política permear os três níveis de atenção à saúde, incluindo a disponibilidade de serviços de PIS para a população em todos eles, de forma que cada território oferte ao menos uma PIS, não por ser o ideal, mas por ser o que a equipe técnica teria condições de ter como meta e monitorar atualmente.

Outro destaque foi para as funções de gestão que, segundo o grupo, precisam passar pelo processo de planejamento e incluir o monitoramento e a avaliação. Ter setores exclusivos de gestão e unidades próprias de atendimento com PIS foi considerado um fator relevante ao se pensar a implementação, haja vista que a lógica de funcionamento dessa política difere de outras políticas de saúde. Esse aspecto é ampliado, na opinião do grupo, pela existência de designações oficiais para formalização do trabalho com PIS, com carga-horária e atividades definidas.

Também foram destacados o orçamento, a interlocução com demais setores e instituições, a abertura dos serviços de PIS como campo de estudo e de pesquisa, a regularidade na oferta dos serviços e a oferta de acordo com as necessidades locais, além de a execução da política se dar de forma contínua, como uma política de Estado e não de um governo ou outro, bem como a disponibilidade de capacitação e da educação permanente para os profissionais.

A Malásia é um exemplo na gestão da segurança e qualidade da MTC. Promulgou leis especializadas em vez de aplicar legislação médica existente. Conseguiu institucionalizar a MTC com adequação das políticas e medidas administrativas, estando os profissionais sujeitos a regulamentação estatutária e gestão formal substancialmente equivalente à medicina convencional[54].

O público-alvo apontado para a PDPIS neste estudo foi amplo e bem distribuído nos grupos de participantes, incluindo as pessoas saudáveis (84,2%), com determinadas vulnerabilidades (84,2%), em grupos de risco (68,4%), ou ainda com doenças agudas (52,6%) e crônicas (68,4%), indicando intenção de atendimento de grande diversidade de necessidades da comunidade, para manutenção, proteção e recuperação do estado de saúde integral.

Em segundo, a mudança esperada – execução segura e oportuna dos serviços de PIS em cada espaço da rede de atenção à saúde do SUS-DF – depende do conhecimento e da ação estratégica dos gestores, além da aptidão dos profissionais, integrando conhecimentos científicos e tradicionais, e da disponibilidade de locais e de instrumentos de trabalho apropriados.

Afirmaram que implementariam outras PIS além das já existentes no seu âmbito de atuação 28 (de 38), enquanto quatro não implementariam nenhuma outra – um justificando haver outras prioridades – e seis disseram não ter condições

de responder. A GERPIS esclareceu que as atuais limitações de gestão motivam a manutenção do número de PIS.

Dos 38 participantes, eram ou já haviam sido usuárias de algum serviço de PIS 32. Adquirir conhecimento de PICS poderia relaxar o paradigma de uma forma única de conhecimento e modificar a prática assistencial, a tomada de decisão dos gestores e ajudar a comunidade a modificar seus hábitos de vida, realizando o autocuidado. O ponto-chave seria o ensino na forma de educação permanente, tanto na graduação como na vida profissional[48]. O uso pessoal de PIC, o interesse de profissionais na capacitação e iniciativas de ensino e pesquisa nas universidades públicas pode catalisar este processo[47].

Entretanto, o conhecimento da PNPIC por profissionais, usuários e gestores é apenas um primeiro passo na direção da implantação sustentável da PNPIC, que deve acontecer mediante um processo coletivo de planejamento visando a adequação das ações de assistência às realidades e necessidades loco regionais. Além disso, como atualmente a PNPIC não dispõe de recurso indutor, torna-se imprescindível a sua defesa política nos conselhos de saúde e outras instâncias do poder público[47].

Em relação à oferta, *a garantia de acesso aos insumos é fundamental para a qualificação dos serviços prestados e resolubilidade da atenção em saúde*[55]. O acesso aos serviços deve estar acompanhado de segurança, eficácia e qualidade dos insumos[55].

Os recursos necessários para a execução da PDPIS apareceram como um problema. Junto com a operacionalização dos serviços em si, foram destacados para avaliação por todos os grupos envolvidos. Os insumos de trabalho e os recursos humanos para o trabalho com PIS figuram entre as principais dificuldades para implementação da PDPIS, enquanto a habilitação em PIS foi a principal facilidade apontada. Este último achado é possivelmente decorrente das ações educativas promovidas pela SES-DF aos seus servidores.

Mais de um terço dos atores considerou como facilidades na implementação a habilitação, os usuários dos serviços e os recursos humanos em PIS. As parcerias intersetoriais e o apoio da equipe local foram considerados na sequência. Para o campo "outros", a única resposta referente às facilidades foi o longo tempo de institucionalização das práticas, *referido por um membro da gestão central da APS (Tabela 1).*

Como dificuldades na implementação de PIS, mais de um terço dos atores considerou a estrutura física, o apoio da equipe local, os insumos de trabalho, a estrutura organizacional e os recursos humanos em PIS. O monitoramento e a avaliação, as normas administrativas, as parcerias e o orçamento foram considerados na sequência.

Tabela 1

Principais facilidades na implantação da PDPIS, segundo os *stakeholders*. Brasília-DF, 2020.

	Grupo (total de respondentes)					
Principais facilidades	**Facilitadores (16)**	**Gestores de PIS (9)**	**Gestores centrais da APS (3)**	**Gestores regionais de saúde/APS (6)**	**Conselho saúde (3)**	**TOTAL (37)**
Habilitação em PIS	8	5	2	1	1	**17**
Usuários do serviço	6	6	1	2	0	**15**
Recursos humanos em PIS	6	4	1	2	1	**14**
Parcerias intersetoriais/ interinstitucionais	2	2	1	1	2	**8**
Apoio da equipe local	5	1	0	2	0	**8**
Apoio técnico	3	2	1	0	1	**7**
Pesquisa/conhecimento científico	2	2	2	0	1	**7**

Principais facilidades	Grupo (total de respondentes)					
	Facilitadores (16)	Gestores de PIS (9)	Gestores centrais da APS (3)	Gestores regionais de saúde/APS (6)	Conselho saúde (3)	TOTAL (37)
Estrutura organizacional	3	2	1	0	1	**7**
Normas técnicas	4	1	1	0	0	**6**
Saberes populares	3	2	0	0	0	**5**
Monitoramento e avaliação	3	1	0	0	0	**4**
Não há facilidades	1	0	0	2	1	**4**
Normas administrativas	2	0	0	0	1	**3**
Estrutura física	2	0	1	0	0	**3**
Orçamento	0	1	1	0	0	**2**
Outros recursos humanos	1	0	0	0	0	**1**
Insumos/material de trabalho	0	1	0	0	0	**1**
Diversidade de práticas implementadas	0	0	1	0	0	**1**
Outros	0	0	1	0	0	**1**
TOTAL registros	51	30	14	10	9	114

Tabela 2

Principais dificuldades na implantação da PDPIS, segundo os *stakeholders*. Brasília-DF, 2020.

Principais dificuldades	Grupo de atores					
	Facilitadores (16)	Gestores de PIS (9)	Gestores centrais saúde (3)	Gestores regionais de saúde (6)	Conselho saúde (3)	TOTAL (37)
Estrutura física	11	6	2	3	1	**23**
Apoio da equipe local	7	5	2	2	0	**16**
Insumos/material de trabalho	4	5	1	3	2	**15**
Estrutura organizacional	6	4	1	3	1	**15**
Recursos humanos em PIS	5	2	2	4	1	**14**
Monitoramento e avaliação	3	2	1	3	1	**10**
Normas administrativas	2	4	1	2	0	**9**
Parcerias intersetoriais/ interinstitucionais	7	0	0	2	0	**9**
Orçamento	3	0	1	2	3	**9**

Principais dificuldades	Grupo de atores					
	Facilitadores (16)	Gestores de PIS (9)	Gestores centrais saúde (3)	Gestores regionais de saúde (6)	Conselho saúde (3)	TOTAL (37)
Outros recursos humanos	2	2	0	2	0	**6**
Apoio técnico	2	0	1	2	0	**5**
Habilitação em PIS	2	1	0	2	0	**5**
Normas técnicas	1	1	0	2	1	**5**
Pesquisa/conhecimento científico	0	2	0	1	2	**5**
Usuários do serviço	1	0	0	1	0	**2**
Saberes populares	0	0	0	0	0	**0**
Diversidade de práticas implementadas	0	0	0	0	0	**0**
Não há dificuldade	0	0	0	0	0	**0**
Outros	1	0	2	0	1	**4**
TOTAL registros	57	34	14	34	13	152

No campo "outros" foi apontado como dificuldade o *apoio da gestão/chefias*, por um facilitador, a *falta de conhecimento dos usuários e de divulgação dos serviços*, por um representante dos usuários no conselho de saúde, *a falta de entendimento dos gestores sobre PIS e a importância delas* e *preconceito/desconhecimento da gestão sobre a importância e eficácias das PIS, com valorização da visão tradicional*, por membros da gestão central da APS.

A equipe GERPIS destacou dificuldades gerais da gestão atual de PIS no DF, como a resistência de alguns profissionais de saúde que não atuam com PIS, o pouco conhecimento sobre PIS e falta de apoio de alguns gestores, a falta de espaços adequados à realização de PIS, o quantitativo de facilitadores e sua situação de vulnerabilidade diante do quadro pandêmico.

Por fim, para a terceira mudança esperada – que os serviços e conhecimentos de PIS passam a ser utilizados para promoção, proteção e recuperação da saúde integral em toda a rede SUS-DF – é necessária, além da sua disponibilidade em si, em locais e com instrumentos apropriados, a execução articulada da política com atores internos e externos da SES-DF e o real acesso de todos a estas tecnologias de cuidado integral e promoção da saúde.

A política menciona parcerias que foram realizadas antes da sua elaboração, mas não explicita as responsabilidades, nem sua permanência ou as possibilidades futuras, o que fragiliza a garantia de corresponsabilidade para as ações intersetoriais, dentro e fora da SES-DF. Todavia, a existência de parcerias foi destacada por 75% do total de participantes deste estudo, dos diferentes grupos consultados, que elencaram, em média, 3,5% parcerias cada um, existentes em seu âmbito de atuação.

Apesar das dificuldades mencionadas, destaca-se do Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2019 o objetivo de fortalecer as ações referentes à PDPIS, que foi totalmente alcançado, sendo apresentados resultados acima do pactuado nos instrumentos de planejamento (Quadro 2). As ações relacionadas aos indicadores também foram realizadas em 2019, com exceção da revisão da política, que avançou no ano de 2020 e foi paralisada[56].

Quadro 2

Resultados de PIS referentes ao Plano Distrital de Saúde 2016-2019. Brasília-DF, 2020.

Indicadores	Meta 2019	Resultado 2019	Ações propostas
1 – percentual de Gerências de Atenção Primária (GSAP) que ofertam PIS	67,91%	80,39%	• capacitar profissionais em PIS; • promover encontros de educação permanente para facilitadores; • elaborar um projeto de implantação de PIS nas escolas; • incluir as PIS nos projetos terapêuticos singulares dos NASF; • implantar ao menos uma PIS no território de cada Gerência de Atenção Primária (GSAP), preferencialmente Tai Chi Chuan, Shantala, Automassagem e Terapia Comunitária; • revisar a PDPIS.
2 – proporção de unidade de saúde da rede SES-DF que ofertam PIS	60,50%	62,34%	

Fonte: informações do Relatório Anual de Gestão 2019[52].

O segundo indicador do Quadro 2 inclui todas as unidades da rede SES-DF monitoradas nos três níveis de atenção à saúde. A publicidade e a disponibilidade da informação como forma de viabilizar acesso foi considerada fundamental no estudo, justificada pelo fato de que, sem isso, a política não pode alcançar seu propósito. A inadequação do sistema de monitoramento de PIS a nível federal foi elencada como dificultador da compreensão e do planejamento de acesso.

Quanto à oferta na rede pública, é na APS que as PICS atingem o seu máximo potencial de ação, ao favorecer a promoção de saúde, ampliar a integralidade das ações e a universalização do acesso[47]. É importante conhecer o perfil dos usuários e os fatores associados ao uso de PICS para promoção de ações específicas para fortalecimento desta prática nos diferentes grupos. Esta alternativa de cuidado integral é uma estratégia que reafirma o papel de uma gestão efetiva das políticas de saúde, na perspectiva intersetorial e interdisciplinar, com o intuito de aprimorar a integralidade da atenção, com base na PNPIC[57].

Não se pode descartar a relevância das PICS na saúde do trabalhador. Considera-se que a inserção dessas práticas, sejam elas executadas em nível primário, secundário ou terciário, são eficazes enquanto estratégia para produzir melhoria da saúde, reformulação de saberes e qualidade de vida dos trabalhadores[58]. Também apresentam potencial de promoção de afeto, cuidado, liberdade e cidadania à população privada de liberdade[59].

As PICs têm amplo potencial de melhoramento dos serviços de saúde, não apenas da atenção básica, mas também em outras instâncias[50]. A gama de práticas oferecidas pelo SUS é bastante ampla e, para muitas delas, existem estudos e evidências de sua eficácia e benefícios, porém carece sua implantação no SUS de discussões com as comunidades científicas, tradicionais e a comunidade em geral[60].

Uma virada paradigmática na cultura de cuidado e atenção à saúde no SUS, no âmbito da PNPIC, pode gerar intersecção entre uma matriz de legitimação científica e de legitimação cultural, sendo as PICS uma potência de incubação deste projeto[61].

Propósito da PDPIS e promoção à saúde

Todos os participantes declararam interesse na implantação da PDPIS. O principal interesse na implantação da PDPIS, registrado por 86% dos 38 participantes, foi a melhora da qualidade de vida. Qualidade de vida é um termo que varia na literatura, porém invariavelmente contempla questões de saúde e de bem-estar. Foi definido pela OMS como:

> *a percepção dos indivíduos quanto à sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores onde viviam e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É, obviamente, influenciado pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, fatores ambientais e crenças pessoais*[62].

Esse conceito de qualidade de vida é compatível com o conceito de PIS observado no texto da política:

> *Para efeito desta Política, as PIS são entendidas como tecnologias que abordam a saúde do Ser Humano na sua multidimensionalidade – física, mental, psíquica, afetiva e espiritual, promovendo seu protagonismo, corresponsabilidade, emancipação, liberdade e atitude ética, com o objetivo de pro-*

> *mover, manter e recuperar sua saúde. Tendo o seu desenvolvimento o caráter transversal, transdisciplinar e intersetorial*[9].

Outros interesses foram a promoção do autocuidado dos indivíduos (76%); promoção da saúde (65%); oferta de mais opções de cuidado e tratamento (63%); aumento de acesso a opções terapêuticas (60%); e ajuda na resolução de problemas de saúde (52%). Destas, a melhora da qualidade de vida e o aumento de acesso a opções terapêuticas foram as opções com resposta mais bem distribuída entre os grupos de participantes.

A promoção da saúde representa um processo social e político abrangente, voltado para o fortalecimento de habilidades e capacidades dos indivíduos, mas também mudança das condições sociais, ambientais e econômicas, de modo a aliviar seu impacto na saúde pública e individual. É um processo de capacitar pessoas para aumento do controle sobre os determinantes da saúde e melhora da saúde[38].

Para a promoção da saúde no Brasil é preciso políticas pú¬blicas visan¬do alcançar o fortalecimento da ação comunitária necessária ao exercício da autonomia, também valorizar o conhecimento popular e a participação social – bases da promoção da saúde[63].

A Promoção da Saúde amplia o foco para a complexidade das mudanças sociais e a necessidade de atuar no desenvolvimento e empoderamento local. Reitera a importância das parcerias para efetividade e sustentabilidade das propostas, trazendo toda a complexidade social e técnica necessária para enfrentar o desafio de produzir saúde e qualidade de vida, em um movimento social de defesa de estratégias inovadoras de saúde, diante do paradigma biomédico e da complexidade de fatores que interferem no processo saúde-doença. Trata a saúde como um investimento econômico fundamental para o desenvolvimento humano e social[64].

O propósito de uma política representa o seu objetivo maior, o impacto ou a situação futura desejada com a sua implementação, em contraponto com a situação presente[65].

Uma política pública deve atender às necessidades de uma população e aquelas voltadas para promoção à saúde podem ter relação com a consciência de gestores sobre as limitações do sistema de saúde convencional[66]. Fleury e Overney[45] dizem que as políticas públicas não apenas se justificam pela necessidade de resolver problemas sociais, mas também se fundamentam na vontade de construir uma nação. Uma política de saúde impulsiona um processo de apropriação, de redefinição e de produção de significados sociais: valores cívicos, referências culturais, fronteiras entre público e privado, informações científicas sobre saúde, ideais estéticos, critérios de distribuição de recursos e organização social e política.

Com base em revisão de estudos de 2006 até 2016, Aguiar, Kanan e Masiero[50] concluem que as PICs não devem ser vistas como estratégia de reparação ou substituição dos elementos do sistema que não funcionam de maneira satisfatória, pois também possuem limitações. Se apresentam no SUS como complemento e melhoramento a uma assistência em saúde, funcional e efetiva, oferecendo estratégias de autocuidado, promoção de saúde e qualidade de vida.

O interesse expressado pelos atores na implementação da PDPIS foi compatível com os cinco objetivos nela explicitados, em suma: aumentar resolubilidade do sistema, ampliando o acesso às PIS, com qualidade; desenvolver as PIS em todos os níveis de atenção do SUS-DF; racionalizar as ações em saúde com alternativas inovadoras, socialmente contributivas, e desenvolvimento sustentável da comunidade; promover o envolvimento responsável, ético e continuado dos usuários, trabalhadores e gestores com PIS no SUS-DF; e ampliar o acesso ao controle e à participação social. Não houve discordância parcial ou total com os objetivos. Houve concordância total ou parcial de 95% com os quatro primeiros e de 87% com o último, o que facilitou a elaboração da teoria.

A introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no Brasil possibilita ao usuário a escolha da terapêutica preferida[67]. É dever do Estado prover as condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde, com participação das pessoas, da família, das empresas e da sociedade, contando com ações voltadas para garantia de bem-estar físico, mental e social, sendo objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) ações de promoção, proteção e recuperação da saúde[68,69].

A PNPIC veio contribuir para o processo de implantação dos princípios fundamentais do SUS, possibilitando a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, com estímulo à autonomia e a participação popular, valorizando a cultura na utilização de recursos terapêuticos e aumentando o exercício da cidadania[3].

Pouco antes da PNPIC, em 2006, havia sido publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com objetivos consonantes, dentre eles: incorporar e implementar ações de promoção da saúde; ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades; promover o entendimento da concepção ampliada de saúde; contribuir para a resolubilidade do Sistema; estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas para a promoção da saúde; e estimular a adoção de modos de viver não-violentos e uma cultura de paz no País[70].

Na reformulação da PNPS, em 2014, foi acrescentado expressamente aos seus objetivos específicos "a valorização dos saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares"[71]. A PDPIS está incluída na PDPS, mas não abrange somente a promoção à saúde, sendo necessário existir como política independente, para tratar do cuidado complexo em saúde a que se propõe, incluindo ações de promoção da saúde, de prevenção e de tratamento de doenças.

Todavia, o movimento de práticas integrativas e de promoção à saúde tem potencial de alinhamento em teoria e em prática, tanto na pesquisa científica como no treinamento para práticas de rotineira na saúde, no SUS. Ambos são baseados em princípios e valores comuns e sua aproximação tende a fortalecer a percepção da saúde como direito fundamental e inalienável[72].

Modelo da teoria da mudança

O modelo teórico-lógico elaborado (Figura 1 – Modelo teórico da PDPIS 2014 proposto a partir *do estudo de Avaliabilidade. Distrito Federal, 2021*) é uma proposta de representação da teoria da mudança da PDPIS, que contempla: o contexto interno da SES-DF (local de origem da política), com principais dificuldades e facilidades identificadas para sua implementação, expressadas durante o estudo; o problema motivador da política e sua causas, que incluem contexto interno e externo; os mecanismos de funcionamento da política identificados; as mudanças esperadas a partir de sua implementação, que equivalem a resultados de um conjunto de estratégias; e o impacto esperado, que traduz o alcance a longo prazo do propósito da política.

Figura 1

Modelo teórico da PDPIS 2014 proposto a partir do estudo de Avaliabilidade. Distrito Federal, 2021.

<table>
<tr><td rowspan="8">CONTEXTO

Inserção em uma rede pública de serviços que possui regras gerais próprias, limitações e dificuldades de execução e acesso também a outros serviços de saúde voltados para atendimento das necessidades da sociedade. Divergências e conflitos de interesse entre diferentes formas de cuidado.</td><td colspan="2">REDE CAUSAL</td></tr>
<tr><td colspan="2">Cuidado em saúde pública com pouco foco no empoderamento e na autonomia dos sujeitos.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Autoconhecimento e autocuidado escassos nos indivíduos.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Pouco conhecimento sobre PIS e medicina integrativa entre gestores, outros profissionais e usuários.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Falhas na gestão para implementação da oferta de PIS como tecnologias de cuidado à saúde.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Escassez de profissionais habilitados para uso cotidiano das PIS nos serviços de saúde.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Oferta insuficiente de tecnologias de cuidado integral à saúde pelo SUS.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Falta de confiança, desvalorização e preconceito sobre uso das PIS como abordagens de saúde.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Problema enfrentado com a PDPIS: Baixo acesso a tecnologias de cuidado integral com foco na cultura de saúde pelo SUS, com redução do seu potencial de contribuição para o sistema.</td></tr>
<tr><td rowspan="9">Dificuldades para implementação:
Estrutura física
Apoio da equipe local
Insumos/material
Estrutura organizacional
Recurso humanos em PIS
Monitoramento e avaliação
Orçamento
Parcerias com setores e instituições
Normas administrativas
Facilidades para implementação:
Habilitação em PIS
Usuários do serviço
Recursos Humanos em PIS
Apoio da equipe local
Parcerias com setores e instituições
Apoio técnico
Estrutura organizacional
Pesquisa e conhecimento científico</td><td>Funcionamento da política</td><td>Mudanças esperadas</td></tr>
<tr><td>Gestão, educação, implantação e execução de PIS em toda a rede SUS-DF legitimadas e instrumentalizadas por normas e informações técnicas.</td><td rowspan="3">- Atuação com PIS em toda a rede SUS-DF normatizada e gerida para atendimento das necessidades da comunidade.</td></tr>
<tr><td>Gestão pública de PIS coesa, ativa e articulada intersetorialmente com a rede de saúde.</td></tr>
<tr><td>Gestores da rede com conhecimento para inclusão estratégica e oportuna dos serviços de PIS na rede.</td></tr>
<tr><td>Profissionais aptos à atuação com PIS, integrando conhecimentos científicos e tradicionais.</td><td rowspan="2">-Serviços de PIS executados de maneira segura e oportuna em cada espaço da rede de atenção à saúde do SUS-DF.</td></tr>
<tr><td>Serviços de PIS disponíveis em locais e com instrumentos apropriados.</td></tr>
<tr><td>PDPIS executada de forma articulada com atores internos e externos da SES-DF.</td><td rowspan="2">-Serviços e conhecimentos de PIS utilizados para promoção, proteção e recuperação da saúde integral em toda a rede SUS-DF.</td></tr>
<tr><td>Tecnologias de cuidado integral e promoção da saúde acessíveis para todos pelo SUS-DF.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Impacto da PDPIS: Contribuição das PIS para uma cultura de saúde, com autonomia e empoderamento das pessoas e das comunidades para o autocuidado, no SUS-DF, aumentando a satisfação de profissionais de saúde e de usuários, a racionalização de ações em saúde e a resolubilidade do sistema.</td></tr>
</table>

A estrutura de uma intervenção inclui três dimensões interdependentes: física – estruturação de uso dos recursos –; organizacional – regras do funcionamento desse sistema –; e simbólica – crenças e valores que dão sentido às ações[20]. Nesse sentido, a participação dos atores foi fundamental para compreender a realidade de estruturação, execução e contextualização da política, bem como remontar retrospectivamente a expectativa envolvida com a sua implementação na rede de saúde.

A modelização com participação de atores da implementação instigou nos envolvidos a apreciação da prática confrontada com a teoria, como no estudo de Guerra *et al.*[73]. Isso possibilita que uma política pública deixe de ser apenas um documento a ser implementado, podendo passar a ser um emaranhado de ações e de atores influenciados e influenciadores, com espaço para ressignificação em variados contextos – gestão, pesquisa, comunidade, parcerias etc. –, sendo a política institucionalizada apenas uma versão da realidade[74].

O modelo, da mesma forma, representa uma versão da PDPIS que tem seu próprio funcionamento e alcance das mudanças esperadas nitidamente limitados pelo conjunto de causas do próprio problema motivador da política, o que faz com que o modelo se retroalimente, de forma positiva ou negativa. Os modelos lógicos precisam ser entendidos como ferramentas para acúmulo de aprendizados imperfeitos e não lineares. O desenvolvimento de um modelo é, portanto um processo interativo, mas também contínuo[29], sendo a proposta deste estudo uma primeira versão.

Entende-se que a modelização, ao evidenciar efeitos da intervenção, possa estimular futuras pesquisas para qualificação da resposta do sistema de saúde, com o desenvolvimento de competências, habilidades, conhecimentos e também atitudes necessárias aos profissionais de saúde[75]. Como no estudo de Levay *et al.*[23], a proposta de modelização para a teoria da mudança elaborada contribui para a conceituação e avaliação da intervenção, propiciando a criação de novas versões, para a mesma ou para intervenções semelhantes.

Tomadores de decisão da saúde pública reconhecem o uso da evidência de forma retrospectiva para justificar decisões tomadas, bem como utilizam com prioridade dados locais no lugar de evidências acadêmicas[25]. Isso explica, em partes, a ausência do uso de uma teoria formal na elaboração da PDPIS e reforça a relevância de estudos científicos a partir das ações implementadas. Outro ponto relevante é a possibilidade de formulação de teorias para cada modalidade de PIS, porém necessariamente convergindo para uma teoria comum, que justifique seu pertencimento à mesma política.

A modelização apresenta limitações. A atenção primária historicamente foi enfatizada na implantação de PIS[3,9,76] e quase 80% das PICS ocorrem na APS[36], mas isso não descarta a necessidade de envolvimento dos demais níveis de atenção à saúde, que podem apresentar peculiaridades de funcionamento. Os representantes dos usuários no Conselho de Saúde do DF foram os únicos atores externos à SES envolvidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário do estudo, com mais de trinta anos desde o início da institucionalização de práticas integrativas para a saúde pública, é ponto de partida útil para estudos de políticas de PICS.

Houve convergência na contribuição dos diferentes atores envolvidos em relação aos elementos do modelo proposto. A proposta de modelização apresentada para a teoria da mudança retrospectiva da PDPIS representa a compreensão da intervenção por parte desses atores e permitiu um primeiro olhar sistematizado da sua lógica de concepção.

A partir desse olhar, será possível aprimorar a compreensão da forma como cada PIS contribui para o alcance do propósito da PDPIS, bem como elaboração novas versões da modelização teórica.

Um próximo passo poderia trazer aprofundamento para cada fato ou elemento envolvido, bem como testar o funcionamento do modelo, para contribuir com a implantação, implementação e futura avaliação desta e de políticas semelhantes.

REFERÊNCIAS

1. OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2002.

2. OMS. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado 8 de agosto de 2022]. 75 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/95008.

3. Brasil. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS – PNPIC – SUS. 1 ed. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92 p.

4. Brasil. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017.

5. Brasil. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. [Internet]. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html.

6. Spadacio C, Castellanos MEP, Barros NF, Alegre SM, Tovey P, Broom A. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. Cadernos de Saúde Pública. Jan de 2010;26(1):7-13.

7. Paiva LF. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde; mestrado profissional multidisciplinar em saúde. 2016;177.

8. Brasil. Relatório Nacional Consolidado 16ª Conferência Nacional de Saúde [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2019 [citado 2 de maio de 2020]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Nacional_Consolidado.pdf.

9. Distrito Federal. Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde: PDPIS. [Internet]. Brasília: Fepecs; 2014 [citado 6 de novembro de 2014]. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/pdpic_distrito_federal.pdf.

10. Distrito Federal. Regimento Interno da SES-DF [Internet]. Secretaria de Estado de Saúde; 2018. Disponível em: DODF nº 241, de 20 de dezembro de 2018, p.12-76.

11. OPAS, Brasil, organizadores. Laboratório de Inovação em Saúde: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PICS (versão preliminar). Brasília – DF: Organización Panamericana de Saúde e Ministério da Saúde; 2022. 92 p. (Navegadores SUS).

12. Distrito Federal. Inclui o Ayurveda, a Laya Yoga e a Técnica de Redução de Estresse (TRE® – Tension and Trauma Releasing Exercises) à Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde. Portaria nº 371, de 03 de junho de 2019. 2019.

13. Distrito Federal. Inclui a Auriculoterapia na Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 351, de 06 de maio de 2022. 2022.

14. Distrito Federal. Denomina Facilitador das Práticas Integrativas de Saúde. Portaria nº 175, de 03 de setembro de 2009. 2009.

15. OMS. Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2000 [citado 5 de março de 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4930s/s4930s.pdf.

16. Baars EW, Hamre HJ. Whole Medical Systems versus the System of Conventional Biomedicine: A Critical, Narrative Review of Similarities, Differences, and Factors That Promote the Integration Process. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2017;2017:1-13.

17. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. Saúde em Debate. Set de 2018;42(SPE1):163-73.

18. Sousa IMC, Hortale VA, Bodstein RCA. Medicina Tradicional Complementar e Integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado. Ciênc saúde coletiva. Out de 2018;23(10):3403-12.

19. Ribeiro AA. Dilemas na construção e efetivação da política nacional e distrital de práticas integrativas e complementares em saúde [Internet] [Master]. Universidade de Brasília; 2015 [citado 24 de outubro de 2019]. Disponível em: http://repositorio.unb.br/handle/10482/18141.

20. Champagne F, Brouselle A, Contandriopoulos AP, Hartz Z. A Análise lógica. Em: Avaliação – conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 217-38.

21. Lemos MPK, Marques PFP. Sistematização dos processos de trabalho na gestão pública de práticas integrativas em saúde: relato de caso. Research, Society and Development. 5 de janeiro de 2023;12(1):e13312139692-e13312139692.

22. Kerr H, Price J, Nicholl H, O'Halloran P. Facilitating transition from children's to adult services for young adults with life-limiting conditions (TASYL): Programme theory developed from a mixed methods realist evaluation. International Journal of Nursing Studies. 1º de outubro de 2018;86:125-38.

23. Levay AV, Chapman GE, Seed B, Wittman H. It's just the right thing to do: Conceptualizing a theory of change for a school food and beverage sales environment interv ention and implications for implementation evaluation. Evaluation and Program Planning. 1º de outubro de 2018;70:73-82.

24. Turner K, Jepson R, MacDonald B, Kelly P, Biggs H, Baker G. Developing and refining a programme theory for understanding how twenty mile per hour speed limits impact health. Journal of Transport & Health. 1º de setembro de 2018;10:92-110.

25. Curtis K, Fulton E, Brown K. Factors influencing application of behavioural science evidence by public health decision-makers and practitioners, and implications for practice. Preventive Medicine Reports. 1º de dezembro de 2018;12:106-15.

26. Breuer E, Lee L, De Silva M, Lund C. Using theory of change to design and evaluate public health interventions: a systematic review. Implementation Science. 6 de maio de 2016;11(1):63.

27. Sousa A, Shimizu HE. Integrality and comprehensiveness of service provision in Primary Health Care in Brazil (2012-2018). Rev Bras Enferm [Internet]. 28 de maio de 2021 [citado 2 de setembro de 2022];74. Disponível em: http://www.scielo.br/j/reben/a/wvnCxFjHTHrdvVhNhYHVnkF/?lang=en.

28. Green L. Making research relevant: If it is an evidence-based practice, where's the practice-based evidence? Family practice. 1º de outubro de 2008;25 Suppl 1:i20-4.

29. Ebenso B, Manzano A, Uzochukwu B, Etiaba E, Huss R, Ensor T *et al*. Dealing with context in logic model development: Reflections from a realist evaluation of a community health worker programme in Nigeria. Evaluation and Program Planning. 1º de abril de 2019;73:97-110.

30. Lemos MPK. Avaliabilidade da política de práticas integrativas em saúde do Distrito Federal na perspectiva da implementação na atenção primária [Dissertação (Mestrado)]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2021.

31. Wholey JS. Exploratory Evaluation. Em: Handbook of Practical Program Evaluation [Internet]. 3 ed San Fancisco: Jossey-Bass; 2010 [citado 24 de agosto de 2021]. Disponível em: http://www.orange.ngo/wp-content/uploads/2016/09/Handbook-of-Practical-Program-Evaluation.pdf.

32. Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. Annu Rev Public Health. Mar de 2010;31(1):213-33.

33. Rincones-Gómez R, Hoffman L, Rodríguez-Campos L. The Model For Collaborative Evaluations As A Framework For The Accreditation Self-Study. Journal of Emerging Trends in Economics and Management Sciences (JETEMS). 2016;7(5):335-41.

34. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. [Internet]. Atlanta: U.S. Department of Helth & Human Service; 1999 [citado 22 de fevereiro de 2020]. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR4811.pdf.

35. BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise ex ante [Internet]. Brasília: Ipea; 2018 [citado 25 de agosto de 2021]. 192 p. (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; vol. 1). Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180319_avaliacao_de_politicas_publicas.pdf.

36. Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. Saúde debate. Set de 2018;42(spe1):174-88.

37. Ruela LO, Moura CC, Gradim CVC, Stefanello J, Iunes DH, Prado RR. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. Ciênc saúde coletiva. 28 de outubro de 2019;24:4239-50.

38. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Carta de Ottawa para promoção da Saúde [Internet]. Genebra: OMS; 1986 [citado 9 de dezembro de 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf.

39. Canguilhem G. Doença, cura, saúde. In: CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octavio Ferreira Barreto Leite. 6 ed Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009. p. 71-80.

40. Bub MBC, Medrano C, Silva CD, Wink S, Liss PE, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Texto contexto – enferm. 2006;15(spe):152-7.

41. Foucault M. O nascimento da Medicina Social. In. Microfísica do Poder. 11 ed. Rio de Janeiro: Graal; 1995.

42. Pacheco AE. Motivação para o auto-cuidado na Atenção Primária em Saúde [TCC]. [Minas Gerais]: UFMG; 2012.

43. Foucault M. Em defesa da Sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

44. Porter C. Revisiting Precede-Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. Health Education Journal. 31 de dezembro de 2015;75.

45. Fleury S, Overney AM, organizadores. Política de Saúde: uma política social. In: Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2a ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2012.

46. Kracik MLA, Pereira PMB, Iser BPM. Medicina Integrativa: um parecer situacional a partir da percepção de médicos no Sul do Brasil. Saúde debate. 9 de março de 2020;43:1095-105.

47. Habimorad PHL, Catarucci FM, Bruno VHT, Silva IB, Fernandes VC, Demarzo MMP *et al*. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ciênc saúde coletiva. 3 de fevereiro de 2020;25:395-405.

48. Jales RD, Nelson ICA, Solano LC, Oliveira KKD. Knowledge and implementation of integrative and complementary practices by primary care nurses/Conhecimento e implementação das práticas integrativas e complementares pelos enfermeiros da atenção básica. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 2020;12:808-13.

49. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. Cad Saúde Pública. Ago de 2009;25(8):1732-42.

50. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: um estudo bibliométrico da produção brasileira. Saúde debate. 9 de março de 2020;43:1205-18.

51. Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, Bezerra AFB, Tesser CD, Sousa IMC. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. Cad Saúde Pública. 2020;36(1):e00208818.

52. Nascimento MC, Barros NF, Nogueira MI, Luz MT. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Dez de 2013;18(12):3595-604.

53. Antunes PC, Fraga AB. Práticas corporais integrativas: proposta conceitual para o campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Ciênc saúde coletiva. 27 de setembro de 2021;26:4217-32.

54. Park JE, Yi J, Kwon O. Twenty years of traditional and complementary medicine regulation and its impact in Malaysia: achievements and policy lessons. BMC Health Services Research. 25 de janeiro de 2022;22(1):102.

55. Ribeiro AA. Dilemas na construção e efetivação da política nacional e distrital de práticas integrativas e complementares em saúde [Internet]. Universidade de Brasília; 2015 [citado 24 de outubro de 2019]. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: http://repositorio.unb.br/handle/10482/18141.

56. Distrito Federal. Relatório Anual de Gestão 2019 [Internet]. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde; 2020 [citado 9 de agosto de 2021]. Disponível em: https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/RAG2019_FINAL.pdf.

57. Santos DAS, Rodrigues JZ, Pinto GF, Olinda RA, Goulart LS, Mattos M. Fatores associados ao uso de práticas integrativas e complementares em um município da região sul de Mato Grosso. Rev Assoc Méd Rio Gd do Sul. 2021;01022105-01022105.

58. Silva IG, Pereira EL, Silva CF, Brito KMS. Espaço multipics: a utilização das práticas integrativas e complementares como estratégia de cuidado na atenção à saúde do trabalhador. Revista Ciência Plural. 2022;8(1):e25653-e25653.

59. Lena MS, Gonçalves TR. (Re)existência e potência de vida: práticas integrativas e complementares em saúde para presos. Physis [Internet]. 16 de julho de 2021 [citado 2 de setembro de 2022];31. Disponível em: http://www.scielo.br/j/physis/a/XnDS8jygmcDBKyBW5pdFstn/?lang=pt.

60. Glass L, Lima NW, Nascimento MM. Práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde do Brasil: disputas político-epistemológicas. Saúde soc. 18 de junho de 2021;30:e200260.

61. Oliveira IM, Pasche DF. Entre legitimação científica e legitimação cultural: transformações no campo das Práticas Integrativas e Complementares. Ciênc saúde coletiva. 15 de agosto de 2022;27:3777-87.

62. WHO. What quality of life?/The WHOQOL Group. World Health Forum 1996 ; 17(4) : 354-356 [Internet]. 1996;(Quality of Life Assessment Group). Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/54358.

63. Dias MSA, Oliveira IP, Silva LMS, Vanconcelos MIO, Machado MFAS, Forte FDS *et al*. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. Ciênc saúde coletiva. Jan de 2018;23(1):103-14.

64. Carvalho AI, Bodstein RC, Hartz Z, Matida ÁH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. 2004;9.

65. Brasil. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva : formulação de políticas específicas de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 28 de setembro de 2021]. 28 p. (Textos Básicos de Saúde/Cadernos de Planejamento; vol. 7). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v7.pdf.

66. Traverso-Yépez MA. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Ago de 2007;11(22):223-38.

67. Brasil. 8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 1986 [citado 27 de setembro de 2020]. 29 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.

68. Brasil. Constituição (1988). 1988.

69. Brasil. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 1990.

70. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60 p.

71. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 36 p.

72. Franco-de-Sá R, Nogueira J, Guerra VA. Traditional and complementary medicine as health promotion technology in Brazil. Health Promotion International. 1º de março de 2019;34(Supplement_1):i74-81.

73. Guerra S, Albuquerque AC, Marques P, Oliveira I, Felisberto E, Dubeux LS *et al*. Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade. Cad Saúde Pública. 2022;38(3):e00115021.

74. Melo AV, Sant'Ana GR, Bastos PRHO. Redes, atores e agenciamentos na constituição da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Brasil. Ciênc saúde coletiva. 27 de maio de 2022;27:2397-406.

75. Guerra S, Albuquerque AC, Marques P, Oliveira I, Felisberto E, Dubeux LS *et al*. Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade. Cad Saúde Pública. 2022;38(3):e00115021.

76. World Health Organization. WHO traditional medicine strategy. 2014-2023. Geneva: World Health Organization; 2013. 76 p.