

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional
de Saúde Pública
Sérgio Arouca

Maria Panisson Kaltbach Lemos

**Avaliabilidade da política de práticas integrativas em saúde do Distrito Federal na
perspectiva da implementação na atenção primária**

Brasília

2021

Maria Panisson Kaltbach Lemos

Avaliabilidade da política de práticas integrativas em saúde do Distrito Federal na perspectiva da implementação na atenção primária

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Vera Lucia Luiza

Brasília

2021

Título do trabalho em Inglês: Evaluability of the Federal District' policy of health integrative practices from the perspective of implementation in primary care.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L557a Lemos, Maria Panisson Kaltbach.
Avaliabilidade da política de práticas integrativas em saúde do Distrito Federal na perspectiva da implementação na atenção primária / Maria Panisson Kaltbach Lemos. -- 2021.
112 f. : il. color.; tab.

Orientadora: Vera Lucia Luiza.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Avaliação em Saúde. 2. Terapias Complementares. 3. Política de Saúde. 4. Saúde Pública. 5. Gestão em Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 615.882098174

Maria Panisson Kaltbach Lemos

Avaliabilidade da política de práticas integrativas em saúde do Distrito Federal na perspectiva da implementação na atenção primária

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilâncias e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 30/08/2021

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Islândia Maria Carvalho de Sousa
Fundação Oswaldo Cruz -Centro de Pesquisa Ageu Magalhães

Prof. Dr. Ricardo Monezi Julião de Oliveira
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Prof.^a Dra. Ana Cláudia Figueiró
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Vera Lucia Luiza (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz -Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Brasília

2021

Dedico este trabalho a minha família;
também a todos que acreditam e trabalham
para que a saúde integral seja uma realidade coletiva.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por essa jornada.

Aos meus ancestrais, pelo legado.

Aos meus pais, pelo cuidado e exemplo.

Aos meus irmãos, pelo suporte, pela força.

Ao amigo Rômulo, pelo incentivo e apoio.

À equipe do MP, pela competência e seriedade.

A minha orientadora, pela parceria e dedicação.

Aos pioneiros das PIS, pela semente de sabedoria.

À equipe GERPIS, pela colaboração e credibilidade.

A todos que acreditaram e contribuíram das mais diversas formas.

A mim, por ter sonhado e persistido.

“Mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende”.

João Guimarães Rosa (2006, p. 271).

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a concepção da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS) e as possibilidades avaliativas relacionadas a sua implementação na atenção primária. Foi realizado um estudo de avaliabilidade da PDPIS de forma colaborativa com alguns dos principais interessados na implementação da política. As técnicas de coleta de dados envolveram discussão com grupo de *stakeholders*, entrevistas, questionários e consulta a documentos. Os componentes da política puderam ser identificados e alinhados de forma coerente, contando com a validação feita pelos interessados envolvidos. O processamento dos dados subsidiou a construção de modelo-lógico simplificado, modelo teórico e modelo-lógico operacional. A modelização proposta para expressar a realidade de funcionamento da PDPIS apresenta como resultados esperados da sua implementação a realização de ações instrumentalizadas e pautadas em normas, para atendimento das necessidades da comunidade; a execução dos serviços de PIS de maneira segura e oportuna em todos os espaços da rede de atenção à saúde do SUS-DF; e a utilização desses serviços de PIS para promoção, proteção e recuperação da saúde integral. Como propósito, o de 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 DF. Houve discussão sobre implementação, monitoramento, avaliação e uso dos modelos-lógicos. Foram abordados aspectos de melhoria com foco na implementação, na avaliação e no monitoramento da PDPIS. A modelização trouxe contribuições para o processo de gestão de PIS e pode servir de instrumento para proposição de avaliações da política, bem como das intervenções dela derivadas. Inicialmente, sugere-se avaliação formativa envolvendo os atores da implementação.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Terapias Complementares; Políticas Públicas de Saúde; Saúde Pública; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the design the District Policy on Integrative Health Practices (PDPIS) conception as well as evaluative possibilities related to its implementation in primary care. An evaluability study or exploratory evaluation of the PDPIS was carried out in a collaborative way with some of the main stakeholders in the policy's implementation. Data collection techniques involved discussion with a group of stakeholders, interviews, questionnaires and consultation of documents. Data were systematized according to the steps proposed by the framework used (*ibid.*). The policy components could be identified and coherently aligned, with the consensus of the interested parties involved. Data processing supported the construction of simplified logical model, theoretical model and operational model. The models proposed to express the reality of the functioning of the PDPIS presented results of its implementation the carrying out of actions based on norms, to meet the needs of the community; the safe and timely execution of PIS services in all settings of the SUS-DF health care network; and the use of these PIS services for the promotion, protection and recovery of integral health. The purpose was to contribute to the formation of a culture of health, 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 health actions and resolvability of the SUS in the DF. There was discussion about implementation, monitoring, evaluation and use of the logic models. Aspects of improvement were addressed with a focus on the implementation, evaluation and monitoring of the PDPIS. Modeling brought contributions to the PIS management process and can be used as an instrument for proposing assessments of policies and assessment of policy derived interventions. Initially, formative evaluation involving the implementation actors is suggested.

Keywords: health evaluation, complementary therapies, public policy in health, public health; Health Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Modelo lógico simplificado Versão 1.0 da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, 2004. Distrito Federal.	45
Figura 2 - Foto do início da construção do modelo-lógico simplificado da PDPIS com equipe de gestão central de PIS do DF.....	45
Figura 3 - Resultado da primeira reunião com a equipe de gestão central de PIS do DF.	46
Figura 4 - Modelo-lógico da PDPIS Versão 2.0 - objetivos e diretrizes destacados e relacionados na primeira reunião com o grupo de gestão central de PIS da SES-DF. .	46
Figura 5 - Modelo-lógico simplificado da PDPIS Versão 3.0.....	49
Figura 6 - Interesses dos stakeholders na implementação da política declarados por metade ou mais dos 38 entrevistados (resposta múltipla). DF, 2020.....	52
Figura 7 –Público-alvo da PDPIS na opinião dos 38 participantes (resposta múltipla). DF, 2020.	53
Figura 8 – Apoio da comunidade à implementação da PDPIS na opinião dos 38 participantes. DF, 2020.	53
Figura 9 – Forças contrárias à implantação da PDPIS entre profissionais, na opinião dos 38 participantes. DF, 2020.....	54
Figura 10 – Resposta dos 38 participantes sobre os cinco objetivos da PDPIS. DF, 2020.	55
Figura 11 - Versão final do Modelo-lógico simplificado da PDPIS 2014 do estudo de Avaliabilidade da política. DF, 2021.....	61
Figura 12 - Versão final do modelo teórico da PDPIS 2014 proposto pelo estudo de Avaliabilidade. Distrito Federal, 2021.....	62
Quadro 1 - Inclusão de práticas integrativas e complementares no SUS	23
Quadro 2 – Modalidades de Práticas Integrativas em Saúde elencadas na Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde segundo a formação profissional básica requerida	29
Quadro 3 – Estratégias de pesquisa utilizadas no presente estudo, por etapas adaptadas de Wholey (2010) e Leviton et al. (2010).	36
Quadro 4 - Matriz de stakeholders da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde participantes deste estudo. Distrito Federal, janeiro de 2020.	38
Quadro 5 - Número de participantes, critério de seleção e formas de participação.	40
Quadro 6 - Atividades atualmente desenvolvidas e inexistentes no texto da PDPIS 2014, por estratégia do modelo-lógico simplificado proposto. Distrito Federal, 2021.....	63

Quadro 7 – Resultados de PIS referentes ao Plano Distrital de Saúde 2016-2019	65
Quadro 8 - Temas relevantes para monitoramento e a avaliação da PDPIS sinalizados pelo grupo GERPIS. DF. 2020	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relações e parcerias estabelecidas para gestão ou implementação da PDPIS na opinião de 37 stakeholders. DF, 2020.	54
Tabela 2 - Principais facilidades na implantação da PDPIS, segundo os stakeholders. DF, 2020.	56
Tabela 3 - Principais dificuldades na implantação da PDPIS, segundo os stakeholders. DF, 2020.	57
Tabela 4 - Aspectos indicados pelos 38 stakeholders como prioritários para avaliação em relação à implantação da PDPIS. DF, 2020.....	58
Tabela 5 - Oferta e monitoramento de PIS por Unidades de rede na SES-DF. Fevereiro, 2020.	66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COAPS	Coordenação de Atenção Primária à Saúde
DAEAP	Diretoria de Áreas Especiais da Atenção Primária
DF	Distrito Federal
DIRAPS	Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde
GDF	Governo do Distrito Federal
GERPIS	Gerência de Práticas Integrativas em Saúde
GERPIS	Gerência de Práticas Integrativas em Saúde
GSAP	Gerência de Serviços da Atenção Primária à Saúde
MCA	Medicina Complementar e Alternativa
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
MTC	Medicina Tradicional e Complementar
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUMENATI	Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDPIS	Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PIS	Práticas Integrativas em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
RTD	Referência Técnica Distrital
SAIS	Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde brasileiro

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	13
2.	PERGUNTA AVALIATIVA.....	21
3.	OBJETIVOS.....	22
4.	REVISÃO DA LITERATURA.....	23
4.1	AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.....	23
4.2	CENÁRIO NACIONAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.....	25
4.3	PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL.....	27
4.4	DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE.....	30
5.	METODOLOGIA.....	34
5.1	CENÁRIO DO ESTUDO.....	34
5.2	O ESTUDO DE AVALIABILIDADE.....	35
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	37
5.4	COLETA DE DADOS.....	41
5.5	ANÁLISES E ELABORAÇÃO DE MODELOS-LÓGICOS.....	44
6.	RESULTADOS.....	50
6.1	CONTRIBUIÇÕES DOS STAKEHOLDERS.....	50
6.2	REPRESENTAÇÃO LÓGICA DA PDPIS.....	60
6.3	CONTRIBUIÇÕES FINAIS DA EQUIPE DA GERPIS.....	63
6.3.1	Implementação da PDPIS.....	63
6.3.2	Monitoramento e avaliação.....	64
6.3.3	Feedback sobre o estudo de avaliabilidade.....	69
7.	DISCUSSÃO.....	70
7.1	INDICADORES E MONITORAMENTO DA POLÍTICA.....	70
7.2	CONCEPÇÃO E ESTRUTURA DA POLÍTICA.....	72
7.3	AVALIAÇÃO DA POLÍTICA.....	79
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
	REFERÊNCIAS.....	87
	APÊNDICE A - MODELIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DA PDPIS 2014, POR ESTRATÉGIA PROPOSTA NO ESTUDO DE AVALIABILIDADE. DISTRITO FEDERAL, 2021.....	95
	APÊNDICE B - ESTRATÉGIAS DA PDPIS NÃO DESENVOLVIDAS, SEGUNDO EQUIPE GERPIS. DF, 2021.....	103
	APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE PERGUNTAS UTILIZADO PARA CONSULTA AOS STAKEHOLDERS.....	105

1. INTRODUÇÃO

As dificuldades na avaliação de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) e das políticas voltadas para elas é uma realidade que advém de um conjunto de fatores. Entre eles incluem-se a aparente baixa implementação dessas políticas e a complexidade na definição de critérios e parâmetros avaliativos apropriados. Este estudo de avaliabilidade propiciou a identificação de possibilidades avaliativas relacionadas à implementação da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS), a partir da sua modelização, com envolvimento de stakeholders.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “medicina tradicional” (MT) como práticas, conhecimentos, crenças diversas voltadas para a saúde, que incorporam o uso medicinal de plantas, animais ou minerais, terapias espirituais, manuais ou ainda exercícios, aplicados isolados ou associados, voltados tanto para a manutenção do bem-estar, como para tratamento, diagnóstico ou prevenção de enfermidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Já os termos “complementar”, “alternativa” ou ainda “não convencional”, a OMS entende que são utilizados para denominar as medicinas tradicionais fora dos países onde elas têm tradição, utilizando genericamente a expressão Medicina Complementar e Alternativa (MCA). Por exemplo a acupuntura, tradicional na China, é definida em muitos países europeus como MCA, por não fazer parte de suas tradições sanitárias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Mais recentemente, a estratégia da OMS para a medicina tradicional 2014-2023 revisa e amplia a sua estratégia anterior, de 2002, apontando a direção da agora chamada Medicina Tradicional e Complementar (MTC) para a próxima década (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

No Brasil, embora possamos encontrar outras denominações para as práticas denominadas pela OMS como MTC, o Ministério da Saúde (MS) denominou-as de “Práticas Integrativas e Complementares em Saúde”, definindo-as como:

“Práticas de saúde, baseadas no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade” (BRASIL, 2018a).

As PICS, segundo o MS, incluem sistemas médicos complexos e outros 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 (BRASIL, 2006a).

Com três décadas de história desde a implementação dessas práticas em seu território, o Distrito Federal (DF) adotou a terminologia “Práticas Integrativas em Saúde” (PIS), desde o seu I Simpósio de Medicina Natural e Práticas Integrativas de Saúde, em 2001, definindo-as da seguinte forma:

“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 promover, manter e recuperar sua saúde. Tendo o seu desenvolvimento o caráter transversal, transdisciplinar e intersetorial. A validação das PIS no SUS-DF será confirmada pelo critério da tradicionalidade de seu uso e/ou pelas comprovações de seus benefícios por metodologias científicas contemporâneas” (DISTRITO FEDERAL, 2014)

A inserção das PICS no Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) se deu gradativamente, sendo a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, um importante marco. Impulsionada pela Reforma Sanitária, apresentou em seu relatório final deliberação pela introdução de práticas alternativas de assistência à saúde, possibilitando ao usuário a escolha da terapêutica preferida (BRASIL, 2006a).

A Lei Federal nº 8.080/90, em consonância com a Constituição Federal do Brasil de 1988, determina que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que é dever do Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, não excluindo o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Considera ainda que dizem respeito à saúde as ações voltadas para garantia de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1988, 1990).

Nos objetivos do SUS estão a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Em suas diretrizes, dentre outras, estão a “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” e a “participação da comunidade” (BRASIL, 1990).

Em 2006, atuando na prevenção de agravos, além da promoção, manutenção e recuperação de saúde, com base em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

(PNPIC) contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, sendo mais um passo no seu processo de implantação, contribuindo para a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde, aumentando, assim, o exercício da cidadania. A PNPIC também busca a ampliação da oferta de ações de saúde, com possibilidades de acesso a serviços antes restritos a práticas de cunho privado (BRASIL, 2006a).

Revisão sistemática conduzida por Paiva (2016a) apontou que publicações referentes as práticas elencadas na PNPIC de 2006 são limitadas e considerou que a PNPIC apresentava, após uma década de sua publicação, limitações em sua implementação.

Aparentemente, houve uma expansão na oferta de PICS no SUS. Entretanto, inquérito telefônico com os gestores municipais de saúde identificou apenas 432 municípios com oferta de alguma PICS nos serviços públicos de saúde, entre 2015 e 2016, enquanto nos dados oficiais constavam 3.097 (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018). Os autores opinam que seu crescimento nos dados oficiais pode estar associado ao aumento recente nas possibilidades de registro e na divulgação mais do que a um movimento consistente de sua inserção institucional na atenção à saúde (ibid.).

Observa-se fragilidades na inserção das PICS, mas também avanços, revelando que as experiências dos precursores desse processo não foram em vão. As PICS no SUS atuam no limite do negociável com o poder biomédico e estão inseridas na rede em meio a conflitos e dilemas (RIBEIRO, 2015).

Spadacio et al (2010) sinalizam a discussão de cunho epistemológico existente na literatura, em que a visibilidade da medicina complementar é possível de certa forma apenas relacionada às práticas convencionais, apesar das notáveis diferenças em suas lógicas de operação. Enquanto a medicina alopática está alicerçada no discurso sobre a cura, a medicina complementar está pautada na manutenção da saúde.

Losso e Freitas (2017) relatam, em seu estudo de avaliação da implementação de PICS no estado de Santa Catarina, a impossibilidade de elaboração de indicadores para avaliação de características consideradas importantes da implantação, como características dos profissionais e dos tipos de equipe, insumos para PICS, financiamento, dentre outros.

O mesmo estudo encontrou dificuldades na verificação do cumprimento de metas propostas, relacionada à obtenção das informações, dado que os códigos de classificação de PICS no Brasil, definidos pela Portaria-MS nº 853/2006 são inadequados para representar a realidade dos municípios, que ofertam também outras PICS, havendo subnotificação desses serviços, que não possuem códigos no sistema nacional. Destaca-se, também, a provável

interferência dos próprios contextos locais na implantação das PICS, o que não foi incluído nesse estudo (LOSSO; FREITAS, 2017).

Na rede de saúde pública do DF, há trinta e três anos tem-se conhecimento da presença de PIS, com a existência, em 1986, do horto de Plantas Medicinais em Planaltina e das atividades de Homeopatia nos Centros de Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2014).

O Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração (NUMENATI) foi criado no DF em 31 de agosto de 2000 e, atualmente, as atividades desse extinto núcleo foram absorvidas pela Gerência de Práticas Integrativas em Saúde (GERPIS), criada com a reestruturação da SES-DF, pela publicação do Decreto nº 33.384, de 5 de dezembro de 2011. É a GERPIS a unidade responsável tanto pela elaboração e atualização da PDPIS como pela gestão atual das PIS no DF.

Uma política pode ser desdobrada em programas, que explicitem sua operacionalização. No entanto, não há um programa de Práticas Integrativas em Saúde, nem no Distrito Federal nem no âmbito federal, tratando-se a PDPIS de uma política transversal que, supõem-se, permeia os diversos programas voltados para a saúde. Da mesma maneira, trata-se do meio oficial de implantação de PICS no serviço público de saúde distrital, onde inexitem atualmente atividades voltadas para sua avaliação, justificando a necessidade do presente estudo.

A sua recente expansão em todo mundo torna crucial a construção e aplicação de avaliações que elucidem diferentes aspectos envolvidos nas PICS, incluindo a efetividade e também os limites das práticas de MTC. É preciso discutir modelos voltados para a melhoria da qualidade das práticas, mas que sejam apropriados e factíveis, o que naturalmente pressupõe a ampliação do debate, incipiente no país (SOUSA; HORTALE; BODSTEIN, 2018).

Da mesma forma no DF, a avaliação e o monitoramento são fundamentais para alicerçar a PDPIS, denotando maior qualidade técnica na gestão e formulação de estratégias (RIBEIRO, 2015).

O contexto multifatorial de desajustes na implantação das políticas de práticas integrativas e complementares em saúde somado à indefinição de mecanismos ideais de avaliação dessas práticas torna necessários estudos que permitam compreender os processos envolvidos, em busca de estratégias adequadas de avaliação, especialmente da PDPIS, que não conta atualmente com estudo de sua implementação.

Para isso, um estudo de avaliabilidade pode contribuir com a descrição completa do objeto a ser avaliado, nesse caso a PDPIS, levantando as questões que farão parte de futuras avaliações, podendo construir um plano de avaliação e um acordo entre os stakeholders sobre esse processo avaliativo (ROSSI; LIPSEY; FREEMAN, 2004).

Para Peersman, Guijt e Pasanen (2015) e Leviton et al. (2010), o estudo de avaliabilidade, ao adequar o desenho da intervenção que será avaliada, contribui para o alcance de seus objetivos, e, conhecendo o contexto institucional, em busca de apoio para uma avaliação pertinente, disponibiliza informações que poderão ser utilizadas na avaliação dessa intervenção, podendo ajudar na realização do ajuste de atividades e recursos para o alcance dos objetivos ou mesmo no ajuste dos seus objetivos, à luz da realidade.

A autora deste trabalho é lotada na GERPIS e responde atualmente como Referência Técnica Distrital de Shantala, prática para a qual foi habilitada pela própria SES, há oito anos. Atuando predominantemente com promoção à saúde há 10 anos, teve a oportunidade de vivenciar a inserção de PICS na atenção primária, onde elas mais estão presentes. Possui também experiência com o Reiki, desde 2015, sentindo as sutilezas capazes de trazer nosso corpo de volta ao equilíbrio. Isso motivou a escolha do estudo.

Assim, partindo da hipótese que a PDPIS pode ser avaliada, a proposta deste estudo de avaliabilidade foi buscar caminhos apropriados para avaliação de sua implementação, com a finalidade de fomentar futuros estudos que venham a utilizar os seus achados, também promovendo ampliação da visão de gestores e demais envolvidos com as PIS sobre a própria política e sua implementação, facilitando o aprimoramento do trabalho e da gestão, além do alcance de objetivos propostos pela política.

2. PERGUNTA AVALIATIVA

De que forma e sob que aspectos a implementação da Política Distrital de Práticas Integrativas na atenção primária à saúde pode ser avaliada?

3. OBJETIVOS

3,2 OBJETIVO GERAL

Analisar a concepção da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS) e as possibilidades avaliativas relacionadas à sua implementação na atenção primária.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Envolver principais *stakeholders* de forma colaborativa em todo o processo.
- Modelizar a PDPIS, para expressar a sua lógica de funcionamento, com foco nos aspectos mais relevantes para a avaliação.
- Identificar os aspectos relativos à implementação dessa política na atenção primária que podem ou devem ser monitorados e avaliados.
- Apontar alternativas para aspectos de difícil análise, monitoramento ou avaliação.

4. REVISÃO DA LITERATURA

4.1 AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde, desde a Conferência Internacional de Alma-Ata em 1978, recomenda a utilização de Práticas da Medicina Tradicional nos Sistema Públicos de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

Para a OMS, Medicina Tradicional é um termo genérico que engloba a tradição de diversas culturas, como a chinesa, a indiana, a indígena ou a árabe. A MT inclui uso de medicamentos/substâncias e também terapias não medicamentosas, físicas, mentais, espirituais ou de mente-corpo. Em países em que o sistema sanitário se baseia na medicina alopática ou onde não houve boa inclusão da MT, as práticas alóctones são chamadas de alternativas, não convencionais ou complementares, genericamente expressadas como Medicina Complementar e Alternativa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

A OMS destaca que, em países em desenvolvimento, as MT ou MCA são terapêuticas mais acessíveis e disponíveis que a medicina alopática, enquanto em países desenvolvidos o seu uso é expressivo e crescente, havendo uma tendência mundial de expansão. Em 2013, a OMS renovou sua Estratégia sobre Medicina Tradicional, desta vez utilizando um termo único, MTC, para se referir à Medicina Tradicional e Complementar. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). A mesma sigla - MTC - também é utilizada para designar especificamente a medicina tradicional chinesa, no português, não devendo ser confundida.

No Brasil, as práticas foram sendo incluídas na PNPIC de forma incremental (Quadro 1), totalizando 29 em 2018 (BRASIL, 2006a, 2017, 2018).

Quadro 1 - Inclusão de práticas integrativas e complementares no SUS. DF, jan.2020.

Ano	Práticas
2006	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina tradicional chinesa (com destaque para a prática da acupuntura); • Homeopatia; • Plantas medicinais, juntamente com a fitoterapia; • Antroposofia aplicada à saúde; • Termalismo social
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Arteterapia, • Ayurveda, • Biodança, • Dança circular, • Meditação, • Musicoterapia,

Ano	Práticas
	<ul style="list-style-type: none"> • Naturopatia, • Osteopatia, • Quiropraxia, • Reflexoterapia, • Reiki, • Shantala, • Terapia comunitária integrativa • Yoga
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Apiterapia, • Aromaterapia, • Bioenergética, • Constelação familiar, • Cromoterapia, • Geoterapia, • Hipnoterapia, • Imposição de mãos, • Ozonioterapia • Terapia de florais

Fonte: elaboração própria com informações da PNPIC; Portaria-MS nº 849, de 27 de março de 2017; e Portaria-MS nº 702, de 21 de março de 2018.

No DF, em 2014 foram reconhecidas na PDPIS 14 práticas integrativas, sendo elas: Acupuntura, Arteterapia, Automassagem, Fitoterapia e plantas medicinais, Hatha Yoga, Homeopatia, Lian Gong em 18 terapias, medicina e terapias antroposóficas, Meditação, Musicoterapia, Reiki, Shantala, Tai Chi Chuan e Terapia Comunitária Integrativa. Recentemente, em 2019, foram incluídos Laya Yoga, Técnica de Redução de Estresse® e Ayurveda na rede de saúde do DF, totalizando 17 PIS (DISTRITO FEDERAL, 2014, 2019).

Em geral, as PIS estão inseridas em uma das racionalidades médicas. Segundo Nascimento et al. (2013), pode ser denominada racionalidade médica apenas um sistema médico complexo estruturado (sistematizadas em maior ou menor grau) a partir das seguintes dimensões: cosmovisão, morfologia humana, dinâmica vital humana, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema terapêutico.

Cabe aqui destacar que, segundo Nascimento et. al. (2013), as PIC, apesar de expressarem complexidade no campo da saúde e poderem pertencer a uma racionalidade médica, como chinesa, Ayurveda ou outra, não são em si racionalidades médicas, portanto não se aplicando a elas as seis dimensões que caracterizam os sistemas médicos complexos. Assim, alerta para o uso impróprio desta ferramenta analítica.

Por fim, em contraponto às práticas complementares, integrativas, alternativas ou de medicina tradicional, temos as práticas chamadas convencionais, que, segundo Spadacio et. al.

(2010), são frequentemente chamados de biomedicina, tratados com sinônimos, uma vez que os artigos selecionados em seu estudo de revisão não fazem distinção entre estes termos, referindo biomedicina como equivalente à medicina convencional moderna.

4.2 CENÁRIO NACIONAL DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

A PNPIC é uma política transversal no SUS, que converge com diversas políticas nacionais, como de atenção básica, de promoção da saúde, de humanização, de educação popular, de educação permanente, de povos e comunidades tradicionais, de farmácia e plantas medicinais, de atenção à saúde, dentre outras. É uma política que estimula a autonomia e a participação popular, valorizando a multiculturalidade e a interculturalidade na utilização de recursos terapêuticos, buscando maior equidade e integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2006a).

A criação da PNPIC foi justificada por atender, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências já existentes na rede pública de muitos municípios e estados, mas que, por ausência de diretrizes específicas, ocorreriam de modo desigual, descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento avaliação. A partir das experiências existentes, a política leva em conta também a crescente legitimação das PICS por parte da sociedade, conforme atestam as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e outros eventos com representatividade social. Da mesma forma, a PDPIS veio consolidar práticas já existentes no território do DF (BRASIL, 2006a).

Reforçando a PNPIC, por meio do Decreto nº 5.813, de 22/06/2006, foi aprovada e publicada a Política Nacional de Plantas Medicinerais e Fitoterápicos.

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 (BRASIL, 2006b).

Cabe destacar que, uma vez publicada a PNPIC, 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” (BRASIL, 2014).

Revisão sistemática permitiu evidenciar que a publicação da PNPIC atua como um importante marco na expansão das práticas integrativas e complementares no SUS e entre os profissionais de variadas modalidades, o que foi constatado a partir da presença de uma única publicação em período anterior à divulgação da PNPIC, datada de 2003 (PAIVA, 2016b).

A PNPIC definiu responsabilidades para os estados na gestão das PICS do Sistema Único de Saúde. Dentre elas estão a elaboração de normas técnicas de implantação de PICS na rede de saúde estadual; a definição de recursos orçamentários e financeiros voltados para a implementação da PNPIC; a promoção de articulação intersetorial; a implementação de diretrizes de educação permanente para as realidades local e regional; a definição de instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da sua implementação; propor e aprovar inclusão de PICS perante o Conselho Estadual de Saúde (BRASIL, 2006a).

Diante disso, alguns estados brasileiros normatizaram as PICS em seus territórios. É o caso de Minas Gerais, que conta com uma política estadual de práticas integrativas e complementares - PEPIC-MG - desde 2009, que foi incrementada em 2014 com as seguintes PICS: Shantala, Yoga, Terapias Comunitárias e Dança Circular. A PEPIC-MG busca, através das abordagens das PICS

“estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e a recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase numa escuta acolhedora, que contribui para maior interação terapeuta/paciente, e na integração do ser humano com o meio e a sociedade. Também contam com uma visão ampliada do processo saúde-doença e com a promoção global do cuidado humano, inclusive o autocuidado” (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2009).

Goiás também implementou o uso das PICS por meio da Lei Estadual Nº 16.703, objetivando um cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, de estímulo a alternativas socialmente contributivas para o desenvolvimento sustentável (GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 2009).

Outros estados que normatizaram as PICS nos seus territórios foram o Rio Grande do Norte, em 2011, o Espírito Santo, em 2013, o estado do Rio Grande do Sul, em 2015, o Mato Grosso, também em 2015, o Paraná, em 2018, a Bahia e Santa Catarina, em 2019.

Para orientar o processo de gestão estadual das PICS, o MS também publicou, mais recentemente, o Manual de Implantação de Práticas Integrativas, que aborda inclusive a alimentação de dados de produtividade nos sistemas nacionais (BRASIL, 2018b).

No estado brasileiro de Santa Catarina, os municípios pesquisados quanto ao grau de implantação das práticas integrativas e complementares na atenção básica, apresentaram resultados expressivos, com diferenças entre os municípios. A maioria da população do estado possui acesso às PICS, sendo 56,3% do estado com PICS implantadas ou parcialmente implantadas, com base em análise de normativas por meio de dados secundários (LOSSO; FREITAS, 2017).

As conferências de saúde permanecem ratificando a valorização popular dessas práticas no Brasil. A 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2019, menciona expressamente as práticas integrativas em nove propostas, presentes em três dos quatro eixos do seu relatório final (BRASIL, 2019).

Observa-se que as Práticas Integrativas e Complementares, em consonância com a Política Nacional de PICS, estão inseridas no contexto de atendimento em saúde a fim de promover o cuidado integral e humanizado ao indivíduo. Sua aceitação crescente no mundo e no Brasil parece incontestável, mas ainda é pouco explorado o seu potencial de contribuição (BRASIL, 2006a; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Levantamento Nacional recém publicado, sobre a inserção de PICS, relatou que, apesar de publicações ressaltando o crescimento e a expansão de PICS no país, isso não significa a institucionalização e a sustentabilidade da PNPIC, sem o que há fragilidade e instabilidade da oferta, além de dificultar o adequado monitoramento e a avaliação, para garantir segurança e qualidade (BARBOSA et al., 2020).

4.3 PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Em 1989, publicada a Portaria nº 13, de 14 de agosto de 1989, foi estabelecido o Programa de Desenvolvimento das Terapias não Convencionais, o que absorveu e oficializou o programa já existente pelo Convênio de Cooperação Nº 11/87, entre União (Ministério da Previdência e Assistência Social) e o Governo do Distrito Federal (GDF), institucionalizando oficialmente na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) os atendimentos médicos-ambulatoriais em Acupuntura, Homeopatia, assistência em Fitoterapia e Alimentação Natural (DISTRITO FEDERAL, 2005).

Em 31 de agosto de 2000, o Decreto nº 21.477 dispõe sobre a estrutura orgânica da SES-DF e cria o Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração (NUMENATI), que teve suas competências estabelecidas na Portaria nº 40, de 23/07/2001 (DISTRITO FEDERAL, 2005).

O NUMENATI, tinha como missão a implantação, implementação, supervisão, avaliação, educação em saúde e pesquisa nas seguintes áreas: Medicina natural – Acupuntura, Homeopatia, Antroposofia, Medicina Ayurvédica, dentre outras; e Práticas Integrativas de Saúde, também denominadas de práticas complementares, atividades voltadas para a promoção do bem-estar geral e do autoconhecimento, incentivando o autocuidado e o desenvolvimento do potencial humano (DISTRITO FEDERAL, 2005).

Em 2001 estavam implantadas na rede de saúde do DF: Automassagem, Lian Gong em 18 Terapias e Shantala, com possibilidade de inclusão de outras propostas tais como, Meditação e Arteterapia (DISTRITO FEDERAL, 2005).

A Portaria nº 138, de 13/12/2005 aprovou o Manual de Normas e Procedimentos das Atividades do NUMENATI, que traz de forma mais detalhada a execução das Terapêuticas de Integração acompanhadas por este Núcleo e tem por finalidade orientar a implantação e implementação das ações, estabelecendo diretrizes, normas e rotinas, auxiliando os gestores e os profissionais envolvidos a desenvolverem um trabalho de qualidade, objetivando um melhor atendimento e a satisfação do cidadão usuário do SUS (DISTRITO FEDERAL, 2005).

Segundo este Manual, o NUMENATI “adota tecnologias tradicionais, validadas por séculos de prestação de serviços, podendo auxiliar na humanização da atenção à saúde, recolocando o sujeito assistido como agente ativo e participativo na recuperação e manutenção da saúde” (DISTRITO FEDERAL, 2005).

Em 2006, com a Resolução nº 28, de 20/06/2006, do Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF), foi instituído o dia 4 de outubro como o Dia das Práticas Integrativas em Saúde.

Em 2009, a Portaria s/nº da SES/DF, de 23/03/09, DODF Nº 92, de 14/05/2009 – define Coordenações para as Práticas Integrativas do NUMENATI: Acupuntura, Arteterapia, Automassagem, Homeopatia, Lian Gong em 18 Terapias, Medicina e Terapias Antroposóficas, Meditação, Musicoterapia, Shantala e Tai Chi Chuan.

No mesmo ano, a Portaria nº 175 da SES/DF, de 03/09/09 normatiza o papel do facilitador de Práticas Integrativas em Saúde, determinando que “Facilitador das PIS” são os servidores da SES da área de competência assistencial e habilitados para a PIS, podendo atuar em todos os níveis de complexidade do sistema e com a competência de organizar, supervisionar, informar, executar e acompanhar individualmente ou em grupo de usuários as PIS nas Unidades de Saúde da SES do DF, devendo ainda participar de programas de educação continuada estabelecidas pelo NUMENATI, com vistas à atualização e aperfeiçoamento da PIS (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2009).

A Gerência de Práticas Integrativas em Saúde (GERPIS) foi criada com a reestruturação da SES, pela publicação do Decreto nº 33.384, de 5 de dezembro de 2011, absorvendo as atividades do NUMENATI.

Em 2013, Grupo de Trabalho constituído por técnicos da GERPIS, elaboraram documento que, após consulta pública, apreciação e aprovação pelo Colegiado Gestor da SES-DF e pelo CSDF, em 2014 foi publicado oficialmente como Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde do Distrito Federal, que apresenta o agrupamento das PIS em três modalidades, de acordo com a formação exigida para atuação (Quadro 2), abaixo (DISTRITO FEDERAL, 2014).

Quadro 2 – Modalidades de Práticas Integrativas em Saúde elencadas na Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde segundo a formação profissional básica requerida. DF, 2020.

Formação requerida	PIS ofertadas
1 - Exercidas por profissionais com especialização	Acupuntura, Antroposofia, Arteterapia, Homeopatia e Musicoterapia.
2 - Exercidas por profissionais de saúde de todos os níveis de formação	Automassagem, Hatha Yoga, Lian Gong em 18 terapias, Meditação, Plantas Medicinais, Reiki, Shantala, Tai Chi Chuan, Terapia Comunitária Integrativa e Terapias Antroposóficas.
3 - Exercida por profissionais especificamente definidos (médicos, enfermeiros, nutricionistas, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas e farmacêuticos)	Fitoterapia.

Fonte: Política de Práticas Integrativas em Saúde do Distrito Federal 2014

Finalmente, em 2018, a Portaria nº 1032 de 17 de setembro instituiu as Referências Técnicas Distritais (RTD) para colaborar no desenvolvimento de processos ligados à gestão da clínica da SES-DF, elencando uma RTD para cada PIS. A RTD então absorve as atribuições que antes cabiam aos extintos Coordenadores de PIS do NUMENATI. Quanto à gestão da clínica, é entendida como um conjunto de tecnologias de microgestão destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade, segura, eficiente, oportuna, equitativa e ofertada de forma humanizada.

As competências da GERPIS estão postas no Regimento Interno da SES-DF, publicado por meio do Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018. A ela compete:

- I - promover e apoiar a implementação da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS);
- II - planejar, executar, acompanhar e avaliar os processos educativos específicos de práticas integrativas em saúde;
- III - promover a articulação intersetorial para fortalecimento da Política Distrital de práticas integrativas em saúde, em parceria com as Regiões de Saúde;
- IV - participar da elaboração dos protocolos e fluxos assistenciais, para a inserção das práticas integrativas em saúde na operacionalização do cuidado de forma transversal;
- V - monitorar e avaliar os indicadores relacionados às práticas integrativas em saúde;
- VI - planejar, monitorar e avaliar a execução orçamentária relacionada às práticas integrativas em saúde;
- VII - avaliar e propor a atualização da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde;
- VIII - executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

Assim como não há programa de PIS no DF, também não há um plano distrital de PIS. Entretanto, algumas informações de PIS são monitoradas pela GERPIS na rede SES-DF e fazem parte do Plano Distrital de Saúde do DF (PDS) e dos Relatórios Anuais de Gestão.

4.4 DESAFIOS E POSSIBILIDADES PARA AVALIAÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

Em uma revisão de publicações até 2011, a predominância de artigos com abordagem biomédica demonstra que as PICS como campo de conhecimento ainda não foram totalmente reconhecidas e que sua estrutura requer outras metodologias além das consagradas nas ciências naturais. Destacaram-se os estudos sobre aceitação das PICS entre usuários e profissionais com intuito de ampliar o seu uso nos serviços públicos. Evidenciou-se a fase inicial de institucionalização das PIC na APS e a necessidade de definição dos atributos das PICS que se quer institucionalizar (CONTATORE et al., 2015).

As relações interprofissionais em si podem afetar e serem afetadas positivamente pela implementação de PICS em unidades de saúde, por um complexo de razões, incluindo a hierarquização de poderes na formação tradicional dos profissionais em contraponto à maior horizontalidade na disseminação e no uso de conhecimentos de PICS (BARROS et al., 2018).

A inserção da Medicina Alternativa e Complementar envolve várias questões que estão além do debate acerca de sua eficácia ou sua efetividade, não havendo aceitação geral dos profissionais. De forma dispersa, profissionais da ESF tem sido os protagonistas das PICS no SUS. A literatura sinaliza a preocupação acerca dos poucos trabalhos que sistematizam as MTC e seu processo de profissionalização e institucionalização nos serviços de saúde (SOUSA, 2013; SPADACIO et al., 2010; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

O processo formativo também é uma das limitações identificadas para o processo de expansão das PICS, tanto a graduação como a educação permanente, que aparece defasado nos estudos. Há pouca regulamentação nacional da formação e prática em PICS e a inserção do tema no ensino é incipiente, o que torna os profissionais propensos à ignorância em relação ao assunto. Experiências de municípios em educação permanente em PICS são localizadas, sem expansão significativa, talvez devido à fragmentação da atenção primária à saúde (APS) no país, que tem sua gestão majoritariamente municipal (PAIVA, 2016b; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Segundo Paiva (2016b), a PNPIC pode vir a mudar a realidade de defasagem das PICS nos processos educativos formativos, fazendo com que as PICS adquiram maior visibilidade no cuidado à saúde.

Entretanto, os profissionais que praticam PICS, geralmente profissionais convencionais da APS, por iniciativa própria, desempenham papel de destaque na expansão das PICS, ainda discreta. Isso indica que elas devem estar trazendo efetividade em sua prática, haja vista seu investimento de tempo e recursos em formação e depois no exercício dessas práticas (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018).

Mesmo assim, como afirmam Barbosa et al. (2020), a prática implantada, financiada e desenvolvida diretamente pelos profissionais, sem apoio da gestão, caracterizaria uma política de “pessoas” e não de Estado, deixando a prática de ser ofertada quando o profissional se ausenta, gerando instabilidade na oferta.

Nos estudos científicos, há uma busca pela compreensão da prática terapêutica pela perspectiva dos próprios profissionais e de como estes se organizam para conseguir legitimidade das MTC que executam, no campo da Saúde. Revisão (SPADACIO et al., 2010) destaca uma variedade de objetos de estudos, como aqueles ligados às experiências terapêuticas dos pacientes e seus contextos sociais, aqueles que estudam como os profissionais lidam com as terapêuticas não biomédicas na prática profissional cotidiana, aqueles focados no processo de legalização e legitimação das MTC no interior da Medicina Convencional/Biomedicina. Diante dessa variedade de objetos, há estímulo à pluralidade de modelos teórico-metodológicos utilizados na investigação qualitativa das MTC (*ibidem*).

Abordagens qualitativas são consideradas adequadas para dar sustentação para essa construção, por permitir examinar pontos de vista de diferentes atores, em busca do sentido e estruturação dessas práticas. Em meio à perspectiva qualitativa, identificou-se a necessidade de formulações teóricas e conceituais acerca das práticas terapêuticas cotidianas e as possíveis consequências para os serviços de saúde. Por isso, torna-se necessária a realização mais

sistemática de estudos que busquem aprofundar a compreensão sobre os sentidos, entendimentos, percepções e experiências de pacientes e profissionais de saúde sobre o uso de práticas alternativas e complementares de cuidado e cura (SPADACIO et al., 2010).

Um caminho promissor para avaliação de MTC é orientá-la pelas dimensões do cuidado e das suas características, buscando reflexivamente compreender a complexidade das inter-relações e da interdependência entre os agentes envolvidos. A metodologia avaliativa pode acompanhar a complexidade de cada prática e a singularidade das interações entre os envolvidos, na especificidade de cada contexto. A dificuldade de serem captadas as singularidades e características específicas do processo de saúde/doença e o crescente uso das MTC parece tornar necessária a reflexão metodológica (SOUSA; HORTALE; BODSTEIN, 2018).

Há também a necessidade de ampliação e aprofundamento de estudos e pesquisas sobre a temática da avaliação econômica em PIC que possibilitem ampliar o sentido de efetividade à medida que possam incorporar a efetividade sentida e percebida pelo usuário, além daquelas avaliadas pelos profissionais, considerando também que o acesso a insumos é fundamental para a qualidade dos serviços e a resolubilidade da atenção em saúde (DE SOUSA; DE AQUINO; BEZERRA, 2018; RIBEIRO, 2015).

As PICS no Brasil são avaliadas no Programa de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (PMAQ-AB), em dois módulos. Em um deles sobre informações relativas a insumos e materiais para PICS disponíveis na unidade e, no outro, sobre ações das equipes para educação da comunidade e educação permanente pela gestão. Entretanto, as equipes não são remuneradas por realizá-las. Considera-se que, para ampliar a implantação das PICS na atenção básica, a gestão federal deve assumir sua execução e garantir recursos financeiros, não permanecendo apenas uma política focal e isolada, permitindo que o esforço das equipes transforme-se em experiências mais exitosas (LOSSO; FREITAS, 2017).

A estrutura de pesquisa em MTC é muito menos desenvolvida que a da medicina convencional. No entanto, cada vez mais é necessário determinar a segurança e a eficácia da medicina tradicional para ser considerada pelo público como uma opção, sendo importante o apoio no campo acadêmico (OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2000).

No campo da avaliação, a eficácia das terapias complementares pode ser determinada à medida que interfere no sofrimento de determinado usuário. Avaliações normativas não esclarecem o alcance destas práticas, por não ser necessariamente o que representa eficácia para um, aquilo que se pode generalizar para todos. É necessário inovar as maneiras de definição e

busca de evidências do sucesso terapêutico (SOUSA, 2013; SOUSA; HORTALE; BODSTEIN, 2018).

A efetividade do cuidado com as práticas de MTC vai além de evidências biomédicas, em razão da complexidade do processo de adoecimento, o que gera a necessidade de ampliar e redefinir as dimensões humanas e sociais que envolvem o processo do cuidado, em busca de novos referenciais metodológicos para sua avaliação (SOUSA; HORTALE; BODSTEIN, 2018).

Diante disso, um estudo de avaliabilidade pode servir para “traduzir a pesquisa na prática, examinando a viabilidade, aceitabilidade e adaptação de práticas baseadas em evidências em novos contextos e populações” (LEVITON et al., 2010).

A construção de modelos avaliativos visa contribuir com uma perspectiva avaliativa útil para gestores, profissionais e pelas instituições de saúde. Da mesma forma, os estudos de avaliabilidade são capazes de auxiliar as principais funções de planejamento e contribuir para a viabilidade das ações propostas no âmbito da saúde pública, ajudando a desenvolver objetivos realistas e fornecer feedback rápido e de baixo custo sobre a implementação (LEVITON et al., 2010; SOUSA; HORTALE; BODSTEIN, 2018).

O estudo de avaliabilidade inclui avaliação crítica capaz de tornar a descrição do desenho do objeto avaliado coerente e lógica, eventualmente necessitando modificar descrições e atividades (ROSSI; LIPSEY; FREEMAN, 2004).

Assim, o estudo de avaliabilidade é uma estratégia da avaliação de particular valor para gerentes que desejam promover uma organização que dá apoio ao aprendizado. A oportunidade de estudos dessa natureza pode também servir de instrumento para transferir um programa a uma nova liderança ou mesmo para quem planeja uma avaliação (THURSTON; RAMALIU, 2005).

5. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de avaliabilidade ou avaliação exploratória da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS).

5.1 CENÁRIO DO ESTUDO

O Distrito Federal (DF) possui apenas 1 município, Brasília, com 3 milhões de habitantes, não existindo uma Secretaria Municipal de Saúde, mas uma Secretaria de Estado de Saúde, que gerencia as suas 33 Regiões Administrativas, agrupadas em 7 Regiões de Saúde, nas quais um Superintendente é responsável pela gestão regional.

A atenção primária à saúde, prioritária na implantação de PIS, se organiza por territórios. Cada território é atendido por uma equipe de saúde, que junto com outras equipes está subordinado a uma Gerência de Serviços da Atenção Primária à Saúde (GSAP), que, como as demais Gerências, se subordina à Diretoria Regional de Atenção Primária (DIRAPS) da Região de Saúde, que por sua vez está subordinada à Superintendência.

Há 32 anos o DF incorporou oficialmente as PIS nos serviços de saúde pública e a gestão dessas práticas se manteve centralizada a maior parte do tempo, atualmente a cargo Gerência de Práticas Integrativas em Saúde – a GERPIS, que está subordinada à Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS), na Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS) da SES-DF.

É pela GERPIS e suas Referências Técnicas Distritais (RTD) que os servidores do DF são habilitados, se tornando facilitadores das práticas, participando, posteriormente, de encontros de educação permanente. As RTD, uma para cada PIS, colaboram com a gestão da clínica, para prover uma atenção à saúde de qualidade, segura, eficiente, oportuna, equitativa e ofertada de forma humanizada. Os RTD também colaboram com o monitoramento distrital.

Nas RA, as PIS são apenas mais um serviço de saúde. Cabe ao gestor local organizar a sua execução e a disponibilidade de pessoal, de espaço e de material. Em cada RA há um servidor, geralmente ligado à gestão regional, que apoia a GERPIS, de maneira informal, colaborando com a gestão administrativa de PIS, principalmente com o monitoramento da oferta e veiculação de informações a nível regional.

Não há sistema próprio para monitoramento de PIS no SUS. Alguns dados são lançados pelos servidores no sistema oficial nacional da atenção primária (e-SUS), que recebe apenas parte da informação, junto com outros lançamentos de atendimentos. Para a atenção secundária,

esse sistema inexistente, podendo os servidores do DF lançarem as informações em prontuário eletrônico.

Em razão disso, a GERPIS utiliza um formulário próprio de coleta de informações, que permite aos facilitadores de todas as modalidades lançarem mensalmente o número de atendimentos individuais e coletivos realizados e o número de pessoas atendidas. Não são preenchidas na planilha outras informações, como idade ou sexo dos participantes, informações estas que podem ser consultadas em algumas unidades, verificando o livro de registro individual que os facilitadores de algumas práticas mantêm.

Unificando todas essas fontes de informação, a GERPIS alimenta o sistema informatizado de monitoramento do planejamento da SES-DF (SESPLAN). Isso permite que as PIS façam parte do Plano Distrital de Saúde (PDS), que, junto com a própria PDPIS, são os instrumentos utilizados atualmente para sua gestão em todo o território do Distrito Federal.

5.2 O ESTUDO DE AVALIABILIDADE

A avaliabilidade constitui uma pré-avaliação, menor que uma avaliação completa, sem pretensão de gerar padrão de evidência suficiente para demonstrar eficácia, mas capaz de identificar desajustes na intervenção, bem como seu potencial de atender as necessidades da sociedade (LEVITON et al., 2010).

É também uma maneira de esclarecer desacordos entre as partes interessadas no programa e na avaliação e de descrever a lógica do programa, caso não esteja descrita, de forma a gerar compreensão dos mecanismos pelos quais a intervenção alcança seus resultados, podendo ainda indicar ajustes necessários nos objetivos, atividades ou recursos (LEVITON et al., 2010; WHOLEY, 2010).

Segundo Wholey (2010), o estudo de avaliabilidade verifica se será útil uma avaliação, obtendo acordo sobre os objetivos daquilo que se pretende avaliar, esclarecendo critérios e foco e finalidade para avaliações futuras. As seis etapas descritas por ele são: o envolvimento de atores chave; compreensão da lógica de funcionamento da intervenção; exploração da realidade da intervenção; avaliação da plausibilidade da intervenção; acordo sobre mudanças necessárias no desenho ou na implementação da intervenção; acordo sobre uso de futuras avaliações.

Apesar de não ser um processo longo, as interações devem permitir ajustes no desenho lógico e nas intenções de avaliação, bem como as etapas podem ser para isso repetidas ou mesmo executadas em outra ordem (LEVITON et al., 2010; WHOLEY, 2010).

Leviton et al. (2010) propõe desenho da avaliabilidade em que as etapas de explorar a lógica e a realidade de execução da intervenção passam por validação dos interessados envolvidos no estudo e, uma vez não sendo validadas, indicam a paralisação do processo. Da mesma forma, informações podem ser agregadas e o modelo ajustado, em comum acordo.

Com objetivo de analisar a concepção da PDPIS e as possibilidades avaliativas relacionadas à sua implementação na atenção primária, por meio da modelização e do envolvimento colaborativo dos *stakeholders*, foi realizado estudo de Avaliabilidade em um processo dinâmico, de forma que as informações fossem validadas ao longo do estudo.

No Quadro 3 são apresentadas as principais estratégias de pesquisa e recursos utilizados neste estudo, por etapa. As etapas foram adaptadas de Wholey (2010) e Leviton et al. (2010). O processo de pesquisa procurou atender ao padrão de qualidade sugerido por Baratieri et al. (2019) para estudos de avaliabilidade.

Quadro 3 – Estratégias de pesquisa utilizadas no presente estudo, por etapas adaptadas de Wholey (2010) e Leviton et al. (2010). Distrito Federal, 2020.

Etapas	Aspecto abordado	Estratégias de pesquisa	Principais Recursos
Envolvendo os interessados na avaliação	Quais os interessados favoráveis e desfavoráveis na avaliação cuja perspectiva deve ser considerada. Qual a atuação de cada em relação às PIS e como abordar.	<ul style="list-style-type: none"> Validação da Matriz de interessados. Validação do questionário. 	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com equipe GERPIS.
Esclarecendo a intenção da política e iniciando a modelização	Envolver os atores e determinar o escopo da política – objetivos e diretrizes. Relação lógica entre componentes da PDPIS.	<ul style="list-style-type: none"> Discussão com equipe técnica Construção de Modelo-lógico. Coleta e análise de informações disponíveis. 	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com equipe GERPIS. Verificação de documentos. Questionários e entrevistas.
Explorando a realidade de execução da política	Como se dá a implantação de PICS no DF e a execução da política em estudo – ações.	<ul style="list-style-type: none"> Discussão com equipe técnica Coleta e análise de informações disponíveis. Construção de Modelo-lógico. 	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com equipe GERPIS. Verificação de documentos. Questionários e entrevistas.

Etapas	Aspecto abordado	Estratégias de pesquisa	Principais Recursos
Verificando plausibilidade, validando e ajustando o desenho	O conjunto de informações obtidas e organizadas de forma lógica deve ser plausível e estar de acordo com a realidade encontrada.	<ul style="list-style-type: none"> Análise, ajuste e validação dos modelos-lógicos da política elaborados. 	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com equipe GERPIS. Documentos disponíveis Questionários e entrevistas realizados.
Explorando possibilidades para avaliação e monitoramento	Interesse e viabilidade de monitoramento ou de avaliação.	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação de síntese do material. Discussão com equipe técnica. Alinhamento entre documentos, opinião dos diferentes atores e modelos-lógicos da política. 	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com equipe GERPIS. Documentos disponíveis Questionários e entrevistas realizados.
Verificando prioridades e pontos de desenvolvimento da implantação da política	<p>Que aspectos devem ser priorizados na avaliação/monitoramento.</p> <p>Quais os demais interesses e necessidades no uso das informações obtidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação de síntese do material. Discussão com equipe técnica. 	<ul style="list-style-type: none"> Reunião com equipe GERPIS.

Fonte: elaboração própria

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O presente estudo de avaliabilidade foi realizado de forma colaborativa com os stakeholders, mantendo a condução e a metodologia do processo a cargo do pesquisador, lembrando a metodologia utilizada por Rincones-Gómez, Hoffman e Rodríguez-Campos (2016).

O engajamento e envolvimento de atores interessados no programa objeto da avaliação é uma etapa fundamental, que parece potencializar a utilização da avaliação. Em razão da complexidade do sistema de saúde, ainda que haja acordo em diferentes grupos de atores os resultados pretendidos do sistema de saúde, existem divergências sobre a maneira de fazê-lo e, em particular, sobre a pertinência de uma avaliação e/ou o foco que ela deve ter. Sem a mobilização dos atores, a avaliação não será verdadeiramente veículo de mudanças e não terá a mesma credibilidade (CONTANDRIOPOULOS, 2006; ABREU et al., 2017).

O Quadro 4 apresenta os *stakeholders* elencados para participação e sua relação com este estudo. A definição desses grupos de participantes foi baseada nos critérios do Centers for Disease Control and Prevention (1999), considerando-se fundamental a análise a partir dos principais interessados na implementação dessa política. O rol de envolvidos foi validado pelo grupo da GERPIS, na primeira reunião do estudo.

Quadro 4 - Matriz de stakeholders da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde participantes deste estudo. Distrito Federal, janeiro de 2020.

Stakeholders	Responsabilidade na Política	Interesses na pesquisa	Papel na utilização dos resultados
Representantes de usuários no Conselho de Saúde do Distrito Federal	<ul style="list-style-type: none"> • Representação dos usuários do sistema na aprovação e manutenção da política. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer e disseminar informações seguras sobre o programa, facilitando seu uso.
Gestão central de saúde: Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal	<ul style="list-style-type: none"> • Autorizar a sua existência, caso seja viável e pertinente. • Uso dos dados para planejamento, gestão e prestação de contas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do atendimento e de acesso a serviços aos usuários do SUS. • Prestação de contas às instâncias de controle do SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer, disseminar e utilizar informações seguras sobre a política, fomentando sua melhoria.
Gestão central da Atenção Primária à Saúde (APS): Subsecretaria, Coordenação e Diretoria vinculadas à Gerência de Práticas Integrativas em Saúde (GERPIS)	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento à implantação da política na atenção primária à saúde do Distrito Federal. • Monitoramento e uso dos dados necessários para planejamento, gestão e prestação de contas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prestação de contas às instâncias de controle do SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer, disseminar e utilizar informações seguras sobre o programa, fomentando melhoria na sua implementação.

Stakeholders	Responsabilidade na Política	Interesses na pesquisa	Papel na utilização dos resultados
Gestão central de Práticas Integrativas em Saúde (PIS): GERPIS	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração da política. • Fomento técnico a sua implantação, execução e manutenção • Monitoramento e uso dos dados necessários para planejamento, gestão e prestação de contas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do atendimento e do acesso aos serviços aos usuários do SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar criticamente os resultados do estudo. Apoiar a divulgação dos resultados. • Propor aprimoramento da política e fiscalizar a melhoria da sua implementação.
Gestão regional de saúde: Superintendências das Regiões Administrativas	<ul style="list-style-type: none"> • Viabilizar e valorizar a sua execução nas Regiões Administrativas de Saúde. Uso para planejamento Regional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria do atendimento e do acesso a serviços aos usuários do SUS. • Prestação de contas às instâncias de controle do SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer, disseminar e utilizar informações seguras sobre a política, fomentando melhoria na sua implementação.
Gestão regional da APS: Diretorias Regionais de Atenção Primária e Gerentes de unidades que ofertam PIS.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio gerencial e estratégico na implantação e monitoramento local da política. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da oferta de serviços e do acesso aos usuários do SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer e disseminar informações seguras sobre a política, fomentando sua melhor implementação. Melhorar seu desempenho na gestão de atendimento aos usuários com uso dos recursos disponíveis.

Stakeholders	Responsabilidade na Política	Interesses na pesquisa	Papel na utilização dos resultados
Profissionais da APS habilitados como facilitadores de PIS.	<ul style="list-style-type: none"> • Execução local da política. • Encaminhamento de informações de produção e outras. • Encaminhar pacientes para as PIS 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprimoramento do planejamento da prática cotidiana de trabalho. • Melhor atendimento aos usuários do SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar seu desempenho no atendimento aos usuários com uso dos recursos disponíveis.

Fonte: elaboração própria

Não foram envolvidos nesse estudo atores da atenção secundária e terciária, em razão da oferta de PIS, que ocorre predominante e prioritariamente na APS, bem como das limitações necessárias a um estudo qualitativo. Informações de outros níveis de atenção obtidas no decorrer da pesquisa foram consideradas para a elaboração dos modelos-lógicos, mas não para responder a pergunta avaliativa deste estudo.

O número previsto e efetivo de participantes, os critérios de seleção e a forma de participação de cada grupo estão sumarizados no Quadro 1.

Quadro 5 - Número de participantes, critério de seleção e formas de participação. Distrito Federal, junho de 2021.

Participantes	Nº previsto	Nº efetivo	Critério e estratégia de seleção	Forma de participação
Grupo técnico central: integrantes da GERPIS	10	13	Profissionais que atuam na GERPIS, lotados ou não.	Reuniões de consenso presenciais; fornecimento de informações e documentos internos; e questionário eletrônico
Representantes de usuários do CSDF	03	03	Serão convidados em reunião do CSDF, com base na sua participação ativa durante a reunião.	Entrevista em reunião virtual

Participantes	Nº previsto	Nº efetivo	Critério e estratégia de seleção	Forma de participação
Secretário Distrital de Saúde	01	00	Titular do cargo ou pessoa indicada por ele.	Não realizada
SAIS, COAPS, DAEAP	03	03	Titular do cargo ou pessoa indicada por ele.	Questionário eletrônico em reunião presencial
Superintendentes	03	01	O superintendente das 3 RA sorteadas.	Questionário eletrônico
DIRAPS	03	02	O diretor das 3 RA sorteadas.	Questionário eletrônico
Gerentes das GSAP	03	03	1 GSAP em cada das RA sorteada, selecionada a que tiver o maior número de PIS implantadas.	Questionário eletrônico
Profissionais da APS habilitados em PIS	15	17	Um servidor habilitado em cada PIS dentre os lotados na GSAP participante, mesmo se estiver inativo na prática, com preferência para servidores mais antigos da SES.	Questionário eletrônico
TOTAIS	41	42		

Fonte: elaboração própria

5.4 COLETA DE DADOS

O grupo de gestão central de PIS tinha, durante a coleta de dados deste estudo, um total de 10 profissionais lotados na GERPIS, incluindo a pesquisadora responsável por este estudo, e outros 08 não lotados no setor, com dedicação de apenas algumas horas semanais. A equipe estava composta por técnicos administrativos, gerente, referências técnicas de PIS titulares ou colaboradores, uma servidora de nível superior responsável pelo monitoramento e uma residente de pós-graduação multiprofissional.

Ocorreram três reuniões presenciais com esse grupo, sendo as duas últimas com a mesma pauta, para permitir a participação de maior número de pessoas. O total de participantes efetivos foi 13, dos quais 02 acompanharam o conteúdo de discussões apenas da primeira reunião e outros 04 apenas o conteúdo discutido nas duas últimas. Ou seja, a primeira etapa com esse grupo contou com a participação de 09 membros da equipe e a segunda com 11. Os

membros da equipe foram convidados pelo gestor da unidade, que autorizou previamente a realização da pesquisa. Dois membros da equipe participaram ativamente de forma remota na primeira reunião, com apoio dos colegas.

Na primeira reunião foi apresentado brevemente o estudo e os conceitos utilizados. Os profissionais da GERPIS validaram o rol de participantes do estudo e também o questionário da pesquisa, respondendo-o. Não foi incluído nem excluído qualquer participante do rol inicial. Sobre a validação do questionário único da pesquisa (**APÊNDICE C**), o tempo de resposta variou entre 15 e 30 minutos e não foram apresentadas dificuldades no seu preenchimento. Algumas sugestões de pequenos ajustes, como erros de digitação, foram solicitadas e atendidas. O aumento de número de respostas por participante, de 03 para 05, sobre prioridades na avaliação, solicitado pelo grupo, não foi atendido pelo pesquisador.

O sorteio das RA participantes foi feito de forma digital e acompanhada pelos presentes na reunião. As sorteadas foram as regiões Centro-sul, Leste e Sudoeste. A área técnica de monitoramento da GERPIS informou a Gerência de cada uma das três regiões com maior número de serviços de PIS implantados. Houve empate entre três Gerências de uma das RA, sendo selecionada a que tinha serviços de PIS implantados a mais tempo (desde antes da publicação da PDPIS). Foi então convidado o profissional mais antigo da SES habilitado para cada uma das PIS implantadas em cada Gerência selecionada. Os que eram habilitados para mais de uma prática apenas responderam um questionário. Foi mantido o critério da antiguidade na SES-DF até que cada PIS tivesse um representante convidado, mesmo que o representante não estivesse ativo na oferta desse serviço, o que poderia trazer informações relevantes para o estudo, principalmente sobre as dificuldades enfrentadas.

Os profissionais também trabalharam, nessa primeira reunião, com a identificação dos objetivos e das diretrizes da PDPIS. Foram distribuídas folhas para que eles livremente elencassem como objetivo e como diretriz aquilo que condissesse com a realidade conhecida por cada um. Os papéis foram colocados no quadro para visualização por todos e aos poucos unificados, organizados e reescritos, de forma consensual, até representar algo que satisfizesse a todos os presentes. Com auxílio do pesquisador, o conteúdo escrito na maioria dos papéis foi considerado atividade e, inicialmente, descartado. Foi autorizada pelo Gerente a consulta a alguns documentos internos do setor para contribuir com a elaboração dos modelos-lógicos. Foram também consultados os relatórios oficiais de monitoramento do Plano Distrital de Saúde 2016-2019 publicizados na internet.

Por fim, ainda na primeira reunião, que durou quatro horas, iniciou-se a análise das atividades descritas no texto original da política. Os profissionais da GERPIS se manifestaram

sobre cada atividade, em uma planilha fornecida, informando sua execução ou não, sua viabilidade, os resultados esperados, como medir esses resultados, a pertinência na diretriz a que pertencem, sua pertinência em relação aos objetivos da política e também a qual eixo operacional poderiam fazer parte, dentre os eixos propostos pela pesquisadora. Puderam também acrescentar atividades faltantes, incluir comentários e justificar livremente suas respostas. Essa atividade foi finalizada de forma individual fora da reunião, a pedido dos participantes. A pesquisadora unificou as respostas em um único formulário, considerando as observações dos participantes para fazer o consenso nas respostas divergentes e, com isso, construir os modelos-lógicos.

Os três representantes da CSDF foram convidados para serem entrevistados após a pesquisadora assistir uma reunião virtual e verificar quem foram os membros do Conselho que mais foram ativos nas diferentes pautas da reunião. Foram convidados 03 integrantes e todos aceitaram o convite, sendo agendado um horário para entrevista, que também ocorreu de forma virtual. A seleção não dependeu de envolvimento ou opinião sobre as PIS, que, inclusive, não compuseram pauta na reunião de seleção.

O Secretário de Saúde indicou para responder o questionário na condição de gestor central de saúde um outro participante elencado pelo estudo, que, contudo, foi incluído em seu grupo original, de gestores centrais da APS. Dessa forma, todos os gestores centrais participantes estavam diretamente vinculados à APS.

Os representantes do grupo de gestores centrais da APS foram abordados pessoalmente e responderam prontamente o questionário eletrônico em reunião presencial individual com a pesquisadora, permitindo expressão de opiniões gerais, além das respostas fechadas do questionário.

Os três Superintendentes das RA sorteadas foram abordados por meio do seu telefone de contato profissional cadastrado e fornecido pela COAPS na oportunidade de sua participação no estudo. O contato inicial se deu com um assessor, que intermediou a comunicação e o acesso ao questionário da pesquisa. Antes desse, foi enviado documento por meio do Sistema Eletrônico de Informação (SEI), para informar sobre a pesquisa e obter autorização das RA.

Os Diretores das DIRAPS e os Gerentes das GSAP também receberam comunicado e solicitação de autorização para a pesquisa via SEI. Posteriormente, receberam o questionário por seus números de contato profissional cadastrados. Parte dos Facilitadores de PIS foi abordada inicialmente pelos seus próprios Gerentes, que forneceram os contatos ao pesquisador. Alguns contatos foram obtidos no cadastro da GERPIS.

Após envio do questionário, foi dado a cada participante 30 dias para resposta, após o que foi encerrada essa etapa da coleta de dados. Nesse ínterim, além do envio do questionário eletrônico com o convite por escrito, foram feitas mais duas tentativas de contato com cada participante, para lembrá-los sobre a possibilidade de participação.

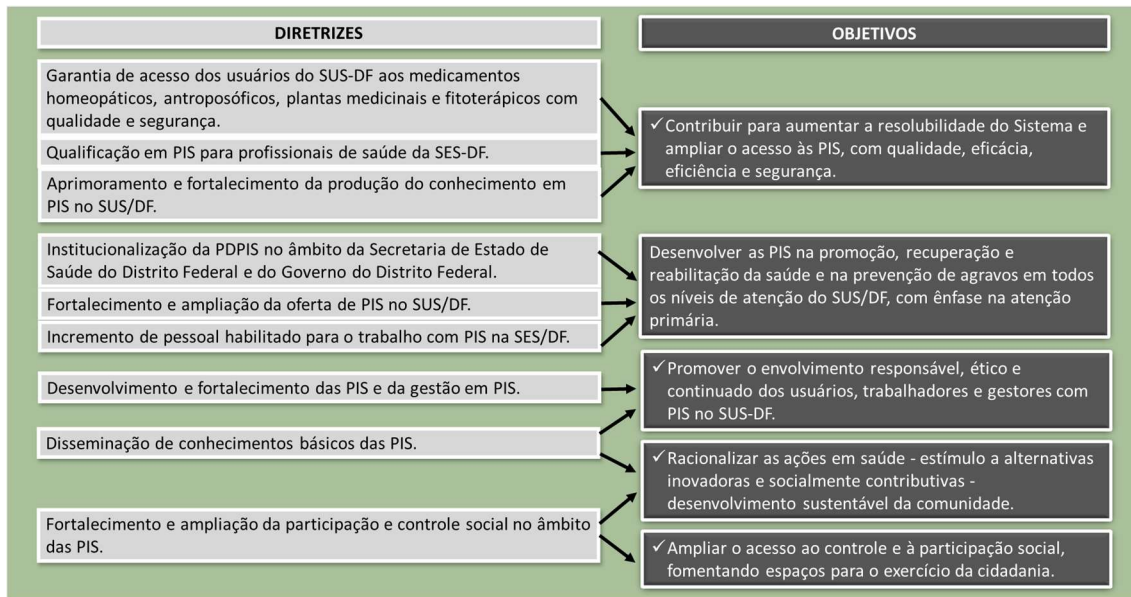
Na segunda e na terceira reunião com o grupo da GERPIS foram apresentados alguns resultados dos questionários e das entrevistas. Foram apresentados, analisados, corrigidos e validados o modelo-lógico teórico (MlogT), o modelo-lógico simplificado (Mlog), com as diretrizes e os objetivos da política, e também o modelo-lógico com as atividades (MlogAt). Os participantes registraram nas versões impressas todas as correções necessárias, que foram então discutidas e consensuadas pelo grupo. Posteriormente, foi discutido o conceito de implantação da política. Por fim, foram apresentadas as respostas do questionário para a questão sobre avaliação e foi perguntado ao grupo mais uma vez quais eram as prioridades e viabilidades de monitoramento e de avaliação da PDPIS diante de tudo que havia sido discutido, visualizado e compreendido a partir dos modelos-lógicos validados pelo grupo.

Ao final da reunião foi fornecido todo o material elaborado até então para que os participantes pudessem registrar livremente outras respostas ou ideias que surgissem após a reunião, contribuindo para o maior aprimoramento dos modelos-lógicos e também maior reflexão sobre as questões de avaliação ou monitoramento. Puderam incluir novos comentários pessoais sobre todo o trabalho realizado, além dos trazidos durante o breve espaço de tempo das reuniões. Foi também perguntado se o atual indicador de PIS é adequado para informar sobre a implementação da política e se havia sugestões de outros possíveis indicadores. O prazo para finalização da coleta de dados foi de mais 30 dias após a última reunião.

5.5 ANÁLISES E ELABORAÇÃO DE MODELOS-LÓGICOS

O processo de modelização foi lento e gradativo. Iniciamos com um modelo proposto pela pesquisadora, apresentado na Figura 1, que tentava relacionar, sem sucesso, as diretrizes e os objetivos da PDPIS, com base em seu texto original.

Figura 1 - Modelo lógico simplificado Versão 1.0 da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde, 2004. Distrito Federal, 2020.



Fonte: elaboração própria

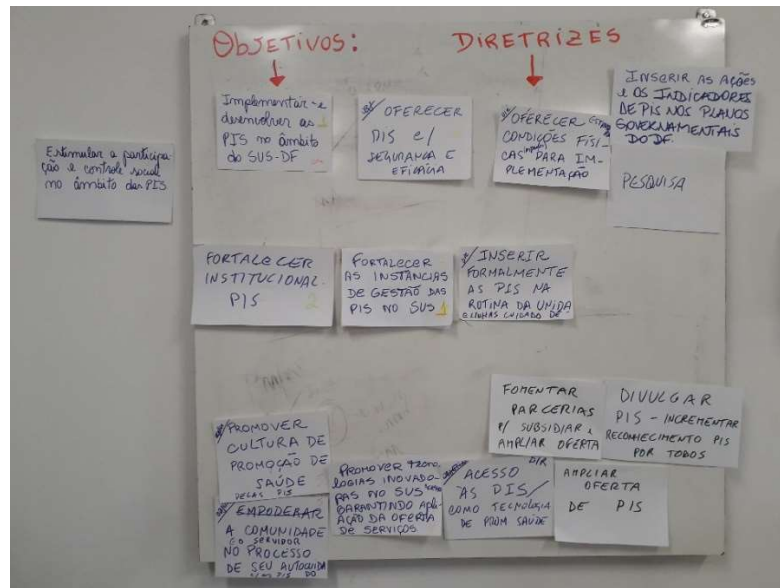
Logo na primeira reunião com a participação ativa e intensiva da equipe de gestão central de PIS (GERPIS), Figura 2 e Figura 3, esse modelo começou a mudar abruptamente, na tentativa de traduzir a realidade de implantação dessa política no DF, muito bem conhecida por esse grupo.

Figura 2 - Foto do início da construção do modelo-lógico simplificado da PDPIS com equipe de gestão central de PIS do DF. Distrito Federal, 2020.



Fonte: registro próprio.

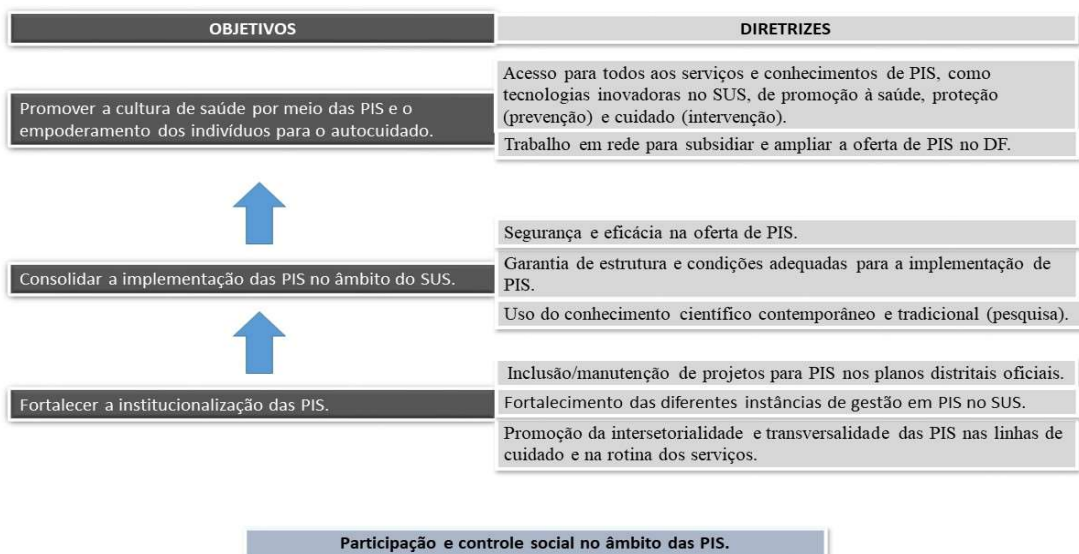
Figura 3 - Resultado da primeira reunião com a equipe de gestão central de PIS do DF. Distrito Federal, 2020.



Fonte: registro próprio.

A relação entre objetivos e diretrizes resultante da primeira reunião formou uma nova proposta de modelo-lógico, apresentado na Figura 4. Posteriormente foram distribuídas as atividades e os resultados, para construção dos modelos-lógicos completos e definitivos desse estudo. A participação e o controle social compuseram um item destacado, porém não relacionado pelo grupo aos demais, ficando inicialmente à parte.

Figura 4 - Modelo-lógico da PDPIS Versão 2.0 - objetivos e diretrizes destacados e relacionados na primeira reunião com o grupo de gestão de PIS. Distrito Federal, 2020.



Fonte: elaboração própria

As respostas obtidas por meio dos questionários digitais e das entrevistas foram organizadas em planilha Excel. Esse banco de dados foi ajustado, excluindo duas respostas duplicadas (fornecidas pelo mesmo participante), mantida a última, considerando que ambas estavam igualmente completadas e era livre a edição da resposta por todos os participantes até o final da coleta de dados. Uma resposta teste também foi excluída do banco de dados.

Para classificação e análise de frequência, as perguntas que permitiam respostas múltiplas tiveram cada alternativa separada manualmente em uma coluna. Essas perguntas tinham de ser feitas unificadas no questionário para não induzir as respostas. Alguns participantes elencaram mais alternativas nas duas questões que limitavam o número de respostas (principais interesses em relação a implementação da PDPIS e o que avaliaria com prioridade). Todas as respostas dadas foram consideradas.

Houve correção do grupo ao qual os participantes pertenciam, quando deixado em branco ou preenchido equivocadamente. O campo “outros” foi classificado em uma das alternativas predefinidas, sempre que possível. Assim, as respostas dos formulários puderam ser utilizadas para a estruturação dos modelos-lógicos.

Quanto à pergunta aberta do questionário, iniciou-se por leitura flutuante, o que permitiu identificar os principais núcleos temáticos expressando as ideias centrais.

A planilha preenchida pelos membros da GERPIS continha as diretrizes e estratégias atuais da PDPIS. Para cada atividade foi então solicitado: se era executada atualmente, sua viabilidade de execução, a qual eixo operacional proposto pela pesquisadora a atividade pertencia, quais resultados a ação pode gerar, como medir tais resultados e se a relação entre a atividade e a diretriz era clara. Além disso havia campos específicos de observações e contribuições livres para cada item, podendo ser apontadas carências, inadequações ou mesmo falta de clareza, acrescidas de sugestões para melhores descrições da realidade conhecida pelo grupo.

Os eixos operacionais propostos na consulta aos gestores centrais de PIS foram utilizados para classificação das estratégias e alinhamento destas com as diretrizes, principalmente para as que geravam dúvida na leitura ou eram muito complexas. Muitas estratégias foram rearranjadas entre si, para composição de um texto mais claro e lógico.

Outro processamento importante foi a unificação de informações repetidas e a adequação da redação à realidade de execução das ações, bem como sua pertinência na diretriz relacionada. Os textos foram reescritos com base no detalhamento de informações obtido. Algumas estratégias passaram a integrar as diretrizes, outras permaneceram como estratégias e a maior parte foi deslocada como ação em cada estratégia.

Das 72 estratégias elencadas no texto original da política, aquelas que os participantes informaram que são realizadas, ao menos de forma parcial, foram mantidas para construção dos modelos-lógicos. Foram descartadas 12 estratégias para as quais houve consenso sobre sua não execução. Partes dos textos que não condiziam com a realidade foram ajustados ao longo do processo.

Com base no detalhamento de informações trazido pelo grupo, algumas estratégias passaram a integrar as diretrizes, outras permaneceram como estratégias e a maior parte foi deslocada como ação para cada estratégia, com novos arranjos textuais. Outras cinco ações realizadas atualmente e que não constavam no texto da PDPIS foram incluídas.

Os documentos internos consultados para auxiliar na compreensão do cenário real de PIS no DF foram de dois tipos: os registros de reuniões em que a equipe da GERPIS trabalhava a elaboração de uma nova versão da PDPIS; e a relação completa dos processos de trabalho da equipe, incluindo atividades e resultados esperados. Ambos documentos recentes, de 2020.

Foi realizada durante seis meses a análise do conjunto de informações obtidas por meio da primeira reunião, da planilha de atividades e resultados, dos questionários e das entrevistas, dos documentos internos da GERPIS acessados e do texto original da política. Restaram ao fim desse processo 3 diretrizes gerais, 6 objetivos e 46 atividades, distribuídas dentre os objetivos, para alcance dos resultados esperados para cada um deles. Esse conjunto de informações obtidas permitiu compor a versão 3 do Mlog, que apresenta diretrizes, objetivos, resultados e impacto, mostrado na Figura 5. As duas versões precedentes foram apresentadas nas Figura 1 e Figura 4.

Figura 5 - Modelo-lógico simplificado da PDPIS Versão 3.0. Distrito Federal, 2021.

MODELO-LÓGICO SIMPLIFICADO DA PDPIS			
Diretriz	Objetivos	Resultados	Impacto
Fortalecimento da institucionalização das PIS de forma intersetorial e transversal.	Ordenar os serviços de PIS em toda a rede SUS-DF com normatizações e informações técnicas institucionalizadas.	Normas e informações técnicas institucionais disponíveis para ordenar implantação e execução das PIS em toda a rede SUS-DF.	PDPIS presente na gestão dos diferentes setores e nas diversas ações da SES-DF.
	Fortalecer a gestão em PIS na SES-DF.	Gestão pública de PIS coesa, ativa e articulada intersetorialmente com a rede de saúde.	
Implantação e aprimoramento dos serviços de PIS nos três níveis de atenção à saúde.	Manter a segurança e a qualidade na oferta de PIS, por meio do uso do conhecimento científico contemporâneo e tradicional.	Profissionais aptos à atuação com PIS, integrando conhecimentos científicos e tradicionais.	Serviços de PIS executados de maneira segura e oportuna em cada espaço da rede de atenção à saúde do SUS-DF.
	Obter estrutura e condições adequadas para a implementação de PIS.	Serviços de PIS disponíveis em locais e com instrumentos apropriados.	
	Subsidiar e ampliar a oferta de serviços de PIS pelo SUS no DF por meio da atuação em rede.	PDPIS executada de forma articulada com atores internos e externos da SES-DF.	
Uso das PIS como tecnologias inovadoras para promoção, proteção e recuperação da saúde.	Garantir a todos um acesso amplo aos serviços e conhecimentos de PIS.	Tecnologias de cuidado integral e promoção da saúde acessíveis para todos pelo SUS-DF.	Serviços de PIS utilizados para promoção, proteção e recuperação da saúde integral em toda a rede SUS-DF.
<p>Propósito da PDPIS: Promover, com uso da PIS, o cuidado centrado no paciente, a cultura de saúde, a autonomia e o empoderamento dos sujeitos e das comunidades para o autocuidado, no SUS-DF, com aumento da satisfação de profissionais e usuários, da racionalização de ações em saúde e da resolubilidade do sistema.</p>			

Fonte: elaboração própria

Além do Mlog acima, também foram desenhados seis MlogAt, um para cada objetivo, nos quais são detalhadas as estratégias e resultados esperados.

Ao submeter os modelos à apreciação do grupo de gestão central de PIS, foram aceitos por unanimidade. Entretanto, solicitou-se ao grupo que criticasse detalhadamente todos os modelos, apresentando propostas de aprimoramento, de forma que estivessem o mais próximo possível da realidade.

Foi verificado consenso do grupo em destacar no desenho três pontos significativos: atividades educativas, participação da comunidade e compartilhamento de informações sobre PIS. Com isso, os modelos foram todos alterados para aumentar a ênfase desses aspectos da implementação da política, considerados, pelo grupo gestor central de PIS, mais relevantes do que representado no desenho proposto. Foi então obtida a versão final dos modelos-lógicos apresentada em Resultados.

Os demais apontamentos e consensos da equipe sobre o que significa implantação, sobre monitoramento e avaliação da PDPIS foram registrados e resumidos

6. RESULTADOS

6.1 CONTRIBUIÇÕES DOS STAKEHOLDERS

Na primeira das 03 reuniões com a equipe da GERPIS foram definidas por sorteio as três RAs que participaram do estudo: Centro-Sul, Leste e Sudoeste. Foram obtidas 38 respostas ao formulário eletrônico da pesquisa, cujas respostas foram, conforme detalhado em Métodos, obtidas tanto por autorresposta quanto por entrevista. Quatro participantes do estudo, membros da GERPIS, não responderam ao questionário por não terem participado da primeira reunião.

Do total de 38 respondentes do formulário da pesquisa, a maioria, 25 (65,8%), era do sexo feminino. O maior nível de escolaridade completo foi 13,2% de mestrado, seguido de 52,6% da especialização, 26,3% do ensino superior e 7,9% do ensino médio. Ninguém declarou ensino fundamental ou doutorado. Restringindo a análise apenas aos que participaram no grupo de facilitadores de PIS, eram 52,9% com pós graduação e 11,8% sem ensino superior.

Quanto à formação profissional desses participantes, havia 8 enfermeiros, 3 fisioterapeutas, 4 dentistas, 6 médicos, 4 assistentes sociais, 1 habilitado em letras, 4 técnicos de enfermagem, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 agente comunitário de saúde, 2 administradores, 1 sociólogo, 1 nutricionista e 1 gestor público.

O tempo de vínculo com a SES dos 35 profissionais que responderam ao formulário era maior que 10 anos para 77,1%. 11,4% estavam vinculados a menos de 5 anos. Os três representantes dos usuários no Conselho de Saúde participantes não tinham vínculo profissional com a SES.

Os resultados dos questionários e das entrevistas segundo o grupo de interessados se apresentaram da seguinte maneira: gestores centrais da APS; gestores centrais de PIS; gestores regionais de saúde e da APS; profissionais habilitados em PIS da APS; representantes de usuários no conselho de saúde.

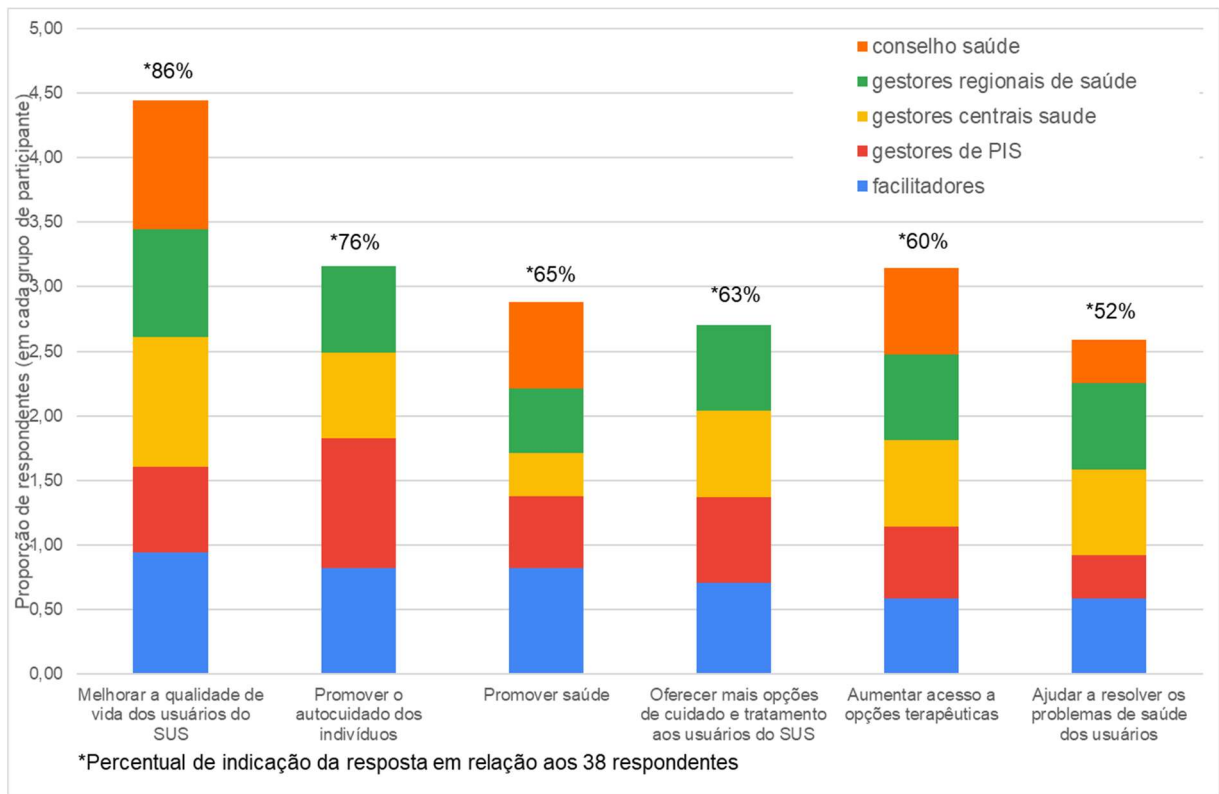
Nos três grupos que não tinham necessariamente atuação direta com as PIS, ou seja, os de gestores centrais e regionais da APS e o de representantes dos usuários, participaram 12 pessoas. Dentre estas, 2 responderam ter formação para atuar com alguma PIS; 7 eram ou já haviam sido usuárias de algum serviço de PIS, das quais 5 tiveram esse acesso por meio do SUS. Nove dos 12 afirmaram que implementariam outras PIS além das já existentes no seu âmbito de atuação; um que não implementaria nenhuma outra; um que não implementaria, mas justificando haver outras prioridades; e um disse não ter condições de responder.

Nos outros dois grupos, diretamente vinculados às PIS, equipe gestora e profissionais habilitados em alguma dessas práticas, responderam 26 pessoas. Destas, 25 responderam ter formação para atuar com alguma PIS; 20 que atuam profissionalmente aplicando alguma PIS; 25 eram ou já haviam sido usuárias de algum serviço de PIS, das quais 23 tiveram esse acesso por meio do SUS. Além disso, 19 dos 26 afirmaram que implementariam outras PIS além das já existentes no seu âmbito de atuação; dois não implementariam; e cinco disseram não ter condições de responder.

Os interesses dos envolvidos na implementação da PDPIS foram diversos, predominando a melhora da qualidade de vida (86%); 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%) (Figura 6). Outras opções, apontadas por menos da metade dos participantes, foram: aumentar a satisfação dos usuários (39%); melhorar a gestão do sistema de saúde (37%); trazer economia para a gestão da saúde e prevenir agravos específicos (26%); reduzir demandas nas unidades de saúde (21%); e promover a participação das PIS em eventos (16%). O campo “outros” foi utilizado por apenas um participante, que expressou: “Há outras prioridades na atenção primária neste momento na minha opinião”. As opções de resposta “Não tenho interesse” e “Prefiro que a PDPIS não seja implementada” não receberam nenhum registro.

Na Figura 6 o gráfico empilhado representa o percentual de respostas em relação aos respondentes de cada um dos grupos participantes, enquanto o percentual acima das barras representa o total geral de cada resposta, considerando os 38 respondentes. Logo, a opção que obteve 60% de respostas do total tem uma barra maior, mostrando a representatividade desta no conjunto dos grupos, apesar da limitação pelo pequeno número total de participantes.

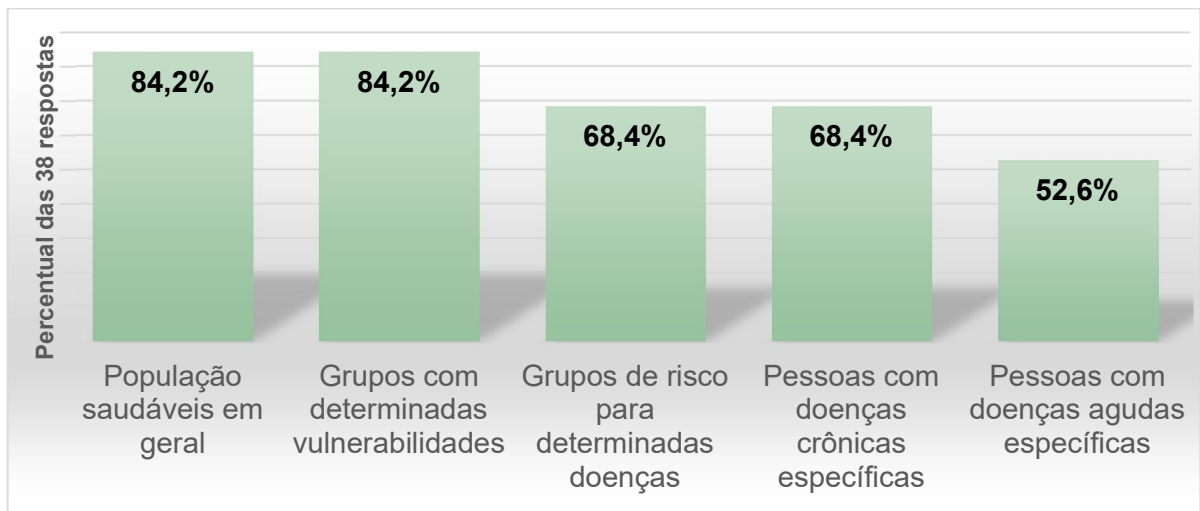
Figura 6 - Interesses dos stakeholders na implementação da política declarados por metade ou mais dos 38 entrevistados (resposta múltipla). DF, 2020.



Fonte: elaboração própria

A população saudável em geral e grupos com determinadas vulnerabilidades foram apontados como público-alvo da PDPIS por 84,2% dos participantes, enquanto 68,4% apontaram pessoas com doenças crônicas e grupos de risco específicos. Pessoas com doenças agudas foram consideradas público-alvo da política por 52,6% dos 38 participantes. No campo outros foi também escrito que a PDPIS se destina a mulheres em situação de violência e ao uso para fins de gestão. A opção “não sei” não foi marcada nenhuma vez.

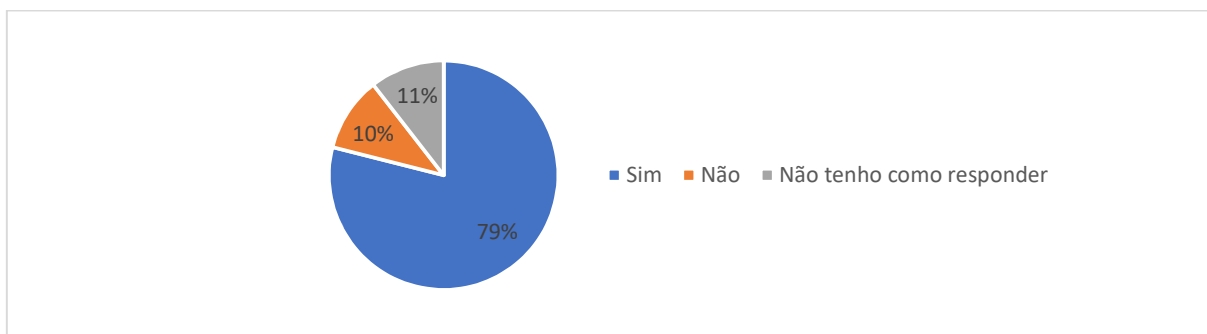
Figura 7 –Público-alvo da PDPIS na opinião dos 38 participantes (resposta múltipla).
DF, 2020.



Fonte: elaboração própria

Quase 80% de todos os participantes disseram que a comunidade de alguma forma ajuda na implementação de PIS no Distrito Federal, seja por meio de iniciativas, por demanda de novos serviços, doação, empréstimo ou uso de recursos próprios para realização de PIS, apoio na divulgação ou mesmo ajuda na localização e organização de espaços apropriados para as práticas (Figura 8).

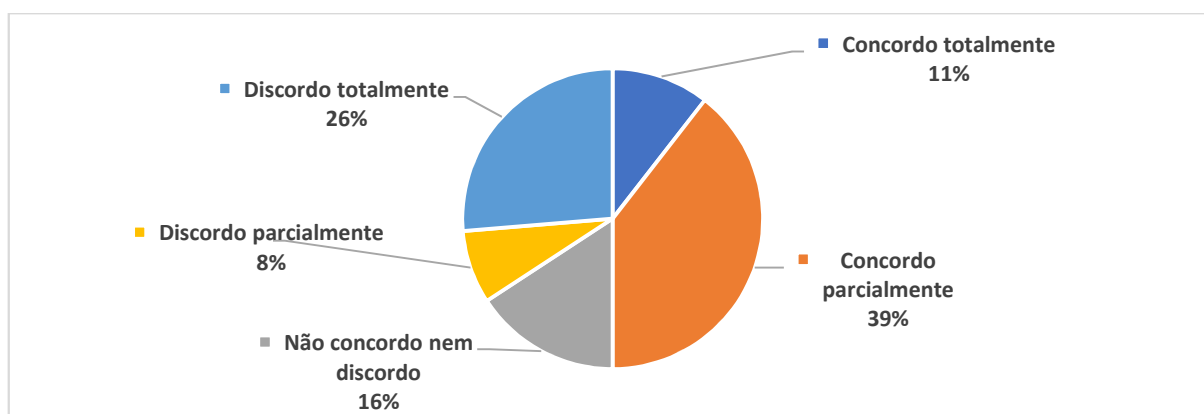
Figura 8 – Apoio da comunidade à implementação da PDPIS na opinião dos 38 participantes. DF, 2020.



Fonte: elaboração própria

Observa-se que 50% dos participantes concordaram total ou parcialmente que no seu âmbito ou local de trabalho há profissionais que dificultam voluntariamente a implantação da PDPIS (Figura 9).

Figura 9 – Forças contrárias à implantação da PDPIS entre profissionais, na opinião dos 38 participantes. DF, 2020.



Fonte: elaboração própria

Quanto às parcerias estabelecidas para a gestão ou implementação da PDPIS, a maioria indicou as escolas, as universidades e os outros grupos comunitários (Tabela 1). Um participante não respondeu a questão. No campo outros, foi elencada a parceria com indivíduos voluntários. Do total de 37 participantes, 76% elencaram ao menos um tipo de parceria no seu âmbito de atuação e a média de tipos de parcerias elencadas por estes participantes foi de 3,5.

Tabela 1 - Relações e parcerias estabelecidas para gestão ou implementação da PDPIS na opinião de 37 stakeholders. DF, 2020.

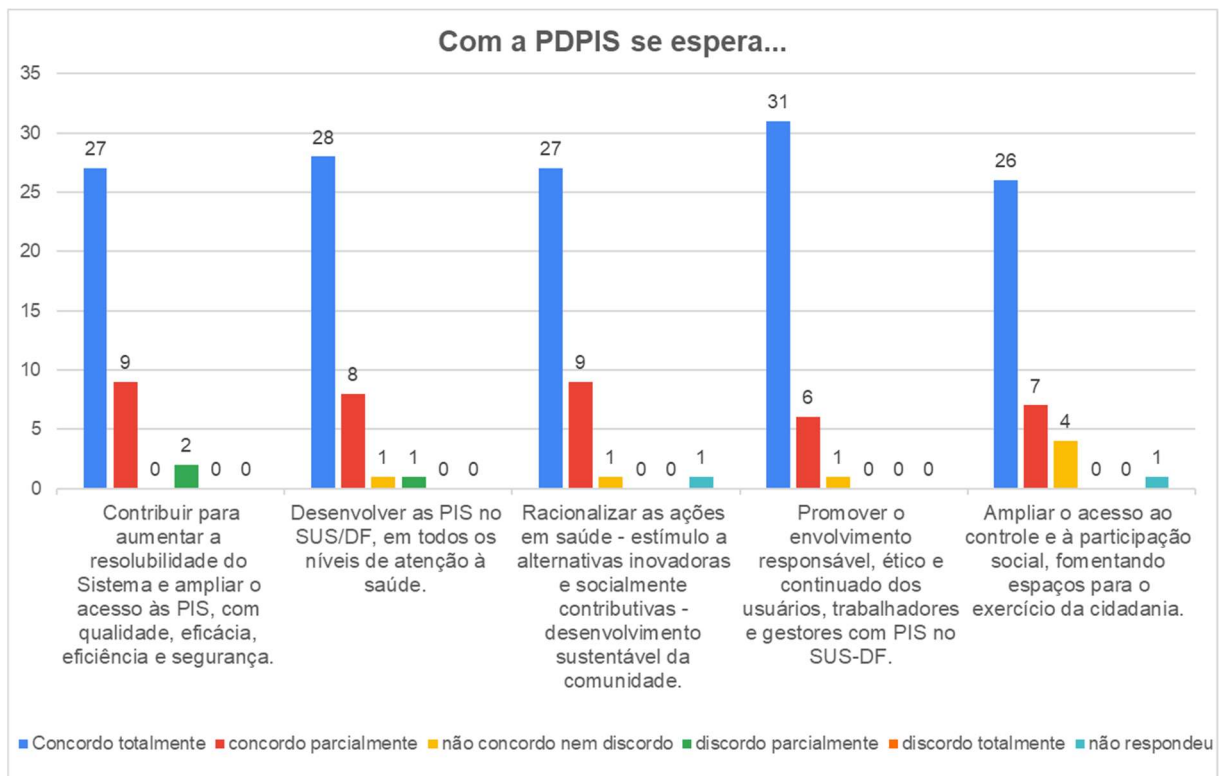
TIPO DE PARCERIAS	NÚMERO DE RESPOSTAS	PERCENTUAL DE PARTICIPANTES
ESCOLAS	15	40,5%
GRUPOS COMUNITÁRIOS (EXCL. ASSOCIAÇÕES)	14	37,8%
UNIVERSIDADES	14	37,8%
OUTRAS UNIDADES DE SAÚDE	12	32,4%
ASSOCIAÇÕES	11	29,7%
SECRETARIAS (EXCL A DE SAÚDE)	9	24,3%
SERVIÇOS PÚBLICOS (EXCL. AS INDICADAS NAS DEMAIS OPÇÕES)	8	21,6%
IGREJAS	5	13,5%
INSTITUIÇÕES PRIVADAS (EXCL. AS INDICADAS NAS DEMAIS OPÇÕES)	4	10,8%
CRECHES	3	8,1%
INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS (EXCL. AS INDICADAS NAS DEMAIS OPÇÕES)	2	5,4%

OUTRAS PARCERIAS	1	2,7%
NÃO HÁ QUALQUER PARCERIA	9	24,3%

Fonte: elaboração própria

Com os quatro primeiros objetivos elencados na PDPIS, 95% ou mais dos participantes concordaram total ou parcialmente. Com o quinto objetivo, 87% concordaram total ou parcialmente e os outros 13% ou não respondeu ou não concordou nem discordou. Em todas as cinco perguntas, nenhum participante discordou totalmente (Figura 10).

Figura 10 – Resposta dos 38 participantes sobre os cinco objetivos da PDPIS. DF, 2020.



Fonte: elaboração própria

Mais de um terço dos stakeholders 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”, apontado por um membro da gestão central da APS.

Tabela 2 - Principais facilidades na implantação da PDPIS, segundo os stakeholders. DF, 2020.

Principais facilidades	Grupo					TOTAL (37)
	Facilitadores (16)	Gestores de PIS (9)	Gestores centrais da APS (3)	Gestores regionais de saúde /APS (6)	Conselho saúde (3)	
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
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

Fonte: elaboração própria

Como dificuldades na implementação de PIS, mais de um terço dos *stakeholders* 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.

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.

Tabela 3 - Principais dificuldades na implantação da PDPIS, segundo os stakeholders. DF, 2020.

Principais dificuldades	Grupo de atores					TOTAL (37)
	Facilitadores (16)	Gestores de PIS (9)	Gestores centrais saúde (3)	Gestores regionais de saúde (6)	Conselho saúde (3)	
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
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

Fonte: elaboração própria

Quanto às prioridades de avaliação em relação à implementação da PDPIS, as opções foram agrupadas em três conjuntos: aspectos precursores da implantação de serviços de PIS; aspectos relacionados ao funcionamento desses serviços; e aspectos relativos aos efeitos esperados com a implantação da PDPIS. Nitidamente o primeiro conjunto predominou no total geral e da maioria dos grupos consultados. Apenas para o grupo da GERPIS os aspectos de funcionamento dos serviços predominaram na prioridade de avaliação (Tabela 4).

O conjunto de aspectos precursores da implantação de serviços de PIS incluiu: disponibilidade de recursos necessários para execução (18 marcações); formação profissional para PIS ou regulamentação profissional para PIS (13); planejamento, concepção, fundamentação da política (7); conhecimento científico relacionado às PIS(6); orçamento ou financiamento da política e normatização relacionada às PIS (4 cada); saberes populares relacionados (2); entendimento da alta gestão sobre o que é e qual a importância (1, em “outros”).

O conjunto de aspectos relativos ao funcionamento dos serviços de PIS incluiu: operacionalização e aprimoramento dos serviços de cada PIS (12 marcações); necessidades/demandas do público alvo (10); contexto favorável ou não e obstáculos à implementação (5); factibilidade dos diferentes serviços de PIS (4); diferenças entre locais de implantação, pontos fortes e fracos (3); quanto cada serviço é procurado ou atinge o público alvo, possibilidades ou efetividade de tentativas de melhoria/aperfeiçoamento e se houve implementação prevista (2 cada); apoio das Chefias locais (1, em “outros”).

O último conjunto, dos aspectos referentes a efeitos esperados com a implantação da política, incluiu: oferta e experiências já realizadas (6 marcações); alcance de efeitos esperados ou inesperados da política, a curto, médio ou longo prazo (4); efeitos da implantação de cada PIS (3); custo-benefício das práticas (3); e elementos necessários para eficácia da Política ou de cada PIS (3).

Apenas a opção “arcabouço conceitual” não foi marcada nenhuma vez como prioritária para avaliação.

Tabela 4 - Aspectos indicados pelos 38 stakeholders como prioritários para avaliação em relação à implantação da PDPIS. DF, 2020.

Aspectos para avaliação	GRUPO DE <i>STAKEHOLDERS</i>					TOTAL (38)
	Facilitadores (17)	gestores de PIS (9)	gestores centrais saúde (3)	gestores regionais de saúde (6)	conselho saúde (3)	

Precursos da implantação de serviços de PIS	27	7	5	11	5	55
Funcionamento dos serviços de PIS	15	12	4	6	4	41
Efeitos da implantação da PDPIS	8	8	2	1	0	19
TOTAL	50	27	11	18	9	115

Fonte: elaboração própria

A pergunta aberta para comentários gerais quanto à implementação da Política Distrital de Práticas Integrativas reiterou vários entendimentos obtidos durante o estudo:

- Todas as áreas do cuidado devem participar da execução da PDPIS. É preciso educação para todos em relação às PIS, relacionando todas as áreas do conhecimento. Também é necessária a educação continuada. A interação é necessária na área da educação, englobando os saberes, pois o ser deve ser considerado em todos os seus aspectos, bio-psico-social-espiritual, em cidades educadoras e com uso da tecnologia. Mais de um participante expressou especificamente que a acupuntura deveria ser exercida na SES por outros profissionais, não médicos.

- Necessidade de apoio das autoridades em saúde do DF para as PIS e também maior envolvimento da comunidade. O gestor deve priorizar as PIS, considerando as realidades locais. Educação para os gestores, visando garantir recursos e uma comunicação adequada dos serviços para o público. Um gestor informou que a população cobra a oferta dos serviços convencionais em detrimento das PIS. É preciso rever cargas-horárias de serviço para os profissionais que atuam com PIS.

- Conhecer o público-alvo para implementação da política e considerar as realidades locais aumenta o seu aproveitamento. A SES deve aproveitar as PIS para reduzir custos e aumentar o apoio popular ao SUS no DF. Necessário ampliar os serviços para unidades que ainda não ofertam serviços de PIS. Também é necessário aumentar apoio das equipes locais para implementação.

- A PDPIS resgata o conceito de saúde. A sua aplicabilidade se relaciona ao que se preconiza para a promoção e prevenção em saúde tipicamente trazidos no âmbito da atenção primária. A população precisa de acesso ao conhecimento sobre esses recursos de cuidado e de autocuidado. A sua implementação contribui com autonomia, socialização e autopercepção das

peças além de considerar potencialidades e fragilidades tanto dos profissionais como dos usuários.

- É imprescindível pensar e criar um planejamento estratégico para 10 ou 20 anos e direcionar as ações de modo a validá-lo nas instâncias colegiadas, trazendo solidez.

6.2 REPRESENTAÇÃO LÓGICA DA PDPIS

Os três tipos de modelos-lógicos elaborados foram aprimorados e mantidos: MlogS, MlogT e MlogAt. A versão final do MlogS da PDPIS proposto neste estudo é apresentado na Figura 11. O modelo deve ser lido de cima para baixo e da esquerda para a direita, considerando que existe uma hierarquia necessária para sua implementação que, uma vez iniciada, se transforma em um conjunto concomitante de ações entrelaçadas e interdependentes. Identifica-se o propósito da política, definidor do impacto esperado a longo prazo, com a sua plena implementação. Quatro são as diretrizes, definidoras das linhas a seguir para sua operacionalização, cada uma com duas estratégias para construção dos planos de ação, ambas acompanhadas dos respectivos resultados esperados. O MlogT final proposto está na Figura 12.

Figura 11 - Versão final do Modelo-lógico simplificado da PDPIS 2014 do estudo de Avaliabilidade da política. Distrito Federal, 2021.

MODELO-LÓGICO SIMPLIFICADO DA POLÍTICA DISTRITAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE			
Propósito da PDPIS:			
promover, com uso da PIS, 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.			
Diretriz	Estratégias	Produtos	Resultados
Fortalecimento da institucionalização das PIS de forma intersetorial e transversal, com participação da comunidade.	Ordenar os serviços de PIS em toda a rede SUS-DF com normatizações e informações técnicas institucionalizadas.	Implantação e execução das PIS em toda a rede SUS-DF legitimada e instrumentalizada por normas e informações técnicas.	- Atuação com PIS em toda a rede SES-DF normatizada e instrumentalizada para atendimento das necessidades da comunidade. - Serviços de PIS executados de maneira segura e oportuna em cada espaço da rede de atenção à saúde do SUS-DF.
	Fortalecer a gestão para implantação, monitoramento e avaliação de PIS na SES-DF.	Gestão pública de PIS coesa, ativa e articulada intersetorialmente com a rede de saúde.	
Educação profissional para segurança e a qualidade na oferta de PIS.	Educar profissionais para inclusão estratégica e oportuna das PIS nos serviços de saúde.	Gestores da rede com conhecimento para inclusão estratégica e oportuna dos serviços de PIS na rede.	- Serviços de PIS executados de maneira segura e oportuna em cada espaço da rede de atenção à saúde do SUS-DF. - Serviços de PIS utilizados para promoção, proteção e recuperação da saúde integral em toda a rede SUS-DF.
	Contribuir com a Habilitação dos profissionais para aplicação dos conhecimentos científico contemporâneo e tradicional de PIS.	Profissionais aptos à atuação com PIS, integrando conhecimentos científicos e tradicionais.	
Oferta dos serviços de PIS nos três níveis de atenção à saúde.	Obter estrutura e condições adequadas para a implementação de PIS.	Serviços de PIS disponíveis em locais e com instrumentos apropriados.	- Serviços de PIS utilizados para promoção, proteção e recuperação da saúde integral em toda a rede SUS-DF.
	Trabalhar em rede para subsidiar, ampliar e aprimorar a oferta de serviços de PIS no SUS-DF.	PDPIS executada de forma articulada com atores internos e externos da SES-DF.	
Uso das PIS como tecnologias de cuidado para manutenção, proteção e recuperação da saúde.	Garantir a todos um acesso amplo aos serviços de PIS.	Tecnologias de cuidado integral e promoção da saúde acessíveis para todos pelo SUS-DF.	- Serviços de PIS utilizados para promoção, proteção e recuperação da saúde integral em toda a rede SUS-DF.
	Garantir a todos acesso ao conhecimento sobre as PIS.		
Impacto da PDPIS:			
Contribuição das PIS para uma cultura de saúde, para autonomia e empoderamento das pessoas e das comunidades para o autocuidado e para o aumento da satisfação de profissionais de saúde e de usuários, da racionalização de ações em saúde e da resolubilidade do sistema, no SUS-DF.			

Fonte: elaboração própria

Figura 12 - Versão final do modelo teórico da PDPIS 2014 proposto pelo estudo de Avaliabilidade. Distrito Federal, 2021.

<p>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.</p>	<p>Cuidado em saúde pública com pouco foco no empoderamento e na autonomia dos sujeitos.</p>		
	<p>Autoconhecimento e autocuidado escassos nos indivíduos.</p>		
	<p>Pouco conhecimento sobre PIS e medicina integrativa entre gestores, outros profissionais e usuários.</p>		
	<p>Falhas na gestão para implementação da oferta de PIS como tecnologias de cuidado à saúde.</p>		
	<p>Escassez de profissionais habilitados para uso cotidiano das PIS nos serviços de saúde.</p>		
	<p>Oferta insuficiente de tecnologias de cuidado integral à saúde pelo SUS.</p>		
<p>Falta de confiança, desvalorização e preconceito sobre uso das PIS como abordagens de saúde.</p>			
<p>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.</p>			
<p>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</p> <p>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</p>	<p>Funcionamento da política</p>		<p>Mudanças esperadas</p>
	<p>Implantação e execução das PIS em toda a rede SUS-DF legitimada e instrumentalizada por normas e informações técnicas.</p>		<p>- Atuação com PIS em toda a rede SUS-DF normatizada e instrumentalizada para atendimento das necessidades da comunidade.</p>
	<p>Gestão pública de PIS coesa, ativa e articulada intersecretorialmente com a rede de saúde.</p>		
	<p>Gestores da rede com conhecimento para inclusão estratégica e oportuna dos serviços de PIS na rede.</p>		<p>- Serviços de PIS executados de maneira segura e oportuna em cada espaço da rede de atenção à saúde do SUS-DF.</p>
	<p>Profissionais aptos à atuação com PIS, integrando conhecimentos científicos e tradicionais.</p>		
	<p>Serviços de PIS disponíveis em locais e com instrumentos apropriados.</p>		<p>- Serviços e conhecimentos de PIS utilizados para promoção, proteção e recuperação da saúde integral em toda a rede SUS-DF.</p>
	<p>PDPIS executada de forma articulada com atores internos e externos da SES-DF.</p>		
	<p>Tecnologias de cuidado integral e promoção da saúde acessíveis para todos pelo SUS-DF.</p>		
<p>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.</p>			

Fonte: elaboração própria

Os oito MlogAt alterados, um para cada estratégia, organizados a partir da reelaboração do texto original da PDPIS e demais informações obtidas, constam no **APÊNDICE A** (p. 95). São apresentadas as principais atividades atualmente desenvolvidas, mesmo que de forma parcial, irregular ou em fase inicial, além dos recursos e resultados sugeridos para a relação lógica esperada de cada uma. As atividades modelizadas e respectivos produtos com maior desenvolvimento atual estão destacadas. As cinco atividades que não constavam no texto da PDPIS e foram incluídas na modelização estão no Quadro 6.

Quadro 6 – Atividades atualmente desenvolvidas e inexistentes no texto da PDPIS 2014, por estratégia do modelo-lógico simplificado proposto. Distrito Federal, 2021

Realização estratégica de cursos de PIS para profissionais de outros órgãos ou instituições públicas ou filantrópicas.	ESTRATÉGIA 4
Oferta regular de cursos de habilitação para os servidores de saúde da rede SES-DF.	ESTRATÉGIA 4
Oferta de cursos livres de PIS para a comunidade.	ESTRATÉGIA 7
Uso da identidade visual das PIS em documentos, eventos e divulgação de serviços de PIS.	ESTRATÉGIA 7
Oferta de vivências ou atendimentos com PIS para públicos desassistidos pelos serviços implementados nas unidades de saúde da rede SES-DF.	ESTRATÉGIA 8

Fonte: elaboração própria

As atividades que foram desconsideradas na modelização por não terem sido desenvolvidas estão no **APÊNDICE B** (p. 103).

6.3 CONTRIBUIÇÕES FINAIS DA EQUIPE DA GERPIS

6.3.1 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 de a 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 ofereça ao menos uma PIS uma vez por mês, não por ser o ideal, mas por ser o que a equipe técnica teria condições de ter como meta e monitorar atualmente.

A publicidade e a disponibilidade da informação como forma de viabilizar acesso foi considerada fundamental, justificada pelo fato de que, sem isso, a política não pode alcançar seu propósito.

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 equipe da GERPIS trabalha atualmente para normatizar o trabalho dos apoiadores de PIS, nas sete RA e nos três níveis de atenção à saúde, para apoio tanto na implementação da política como no seu monitoramento. Também trabalha para a criação de novos CERPIS, bem como de polos do programa federal Academias da Saúde, como formas de ampliar a implementação da PDPIS.

6.3.2 Monitoramento e avaliação

Quanto aos indicadores atuais de monitoramento de PIS existentes para o DF no Plano Distrital de Saúde (Quadro 7), a equipe de gestão central de PIS afirmou que são úteis, mas estão limitados a números que mascaram as dificuldades do sistema, não traduzindo ou explorando aspectos suficientes da realidade.

Apesar disso, a equipe considera que os indicadores cumprem um papel fundamental para mapear os serviços da Rede SES-DF, demonstrar a dimensão da difusão das PIS e permitir o planejamento de novos serviços. Destacaram que seu acompanhamento também tem permitido o registro de outros dados importantes para monitoramento, tais como: quantitativo de instrutores ativos; cargos institucionais destes servidores; habilitação de instrutores em diferentes modalidades de PIS; unidades que não ofertam nenhuma PIS; percentual de oferta de PIS por Regiões de Saúde.

Conforme publicado no Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2019, o objetivo de fortalecer as ações referentes à PDPIS foi totalmente alcançado, sendo apresentados resultados acima do pactuado nos instrumentos de planejamento, conforme representado na Quadro 7. As ações relacionadas aos indicadores também foram realizadas em 2019, com exceção da revisão da política, que avançou no ano de 2020 e agora está paralisada (DISTRITO FEDERAL, 2020).

Quadro 7 – Resultados de PIS referentes ao Plano Distrital de Saúde 2016-2019

INDICADORES	META 2019	RESULTADO 2019	AÇÕES PROPOSTAS
1 – percentual de Gerências de Atenção Primária (GSAP) que ofertam PIS	67,91%	80,39%	<ul style="list-style-type: none"> • capacitar profissionais em PIS; • promover encontros de educação permanente para facilitadores; • elaborar um projeto de
2 – proporção de unidade de saúde da rede SES-DF que ofertam PIS	60,50%	62,34%	<ul style="list-style-type: none"> 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.


Fonte: elaboração própria, com informações do Relatório Anual de Gestão 2019 (DISTRITO FEDERAL, 2020).

O primeiro indicador abrange apenas a atenção primária, enquanto o segundo inclui todas as unidades da rede SES-DF monitoradas nos três níveis de atenção à saúde.

Foi destacado pela equipe GERPIS que a inserção no Plano Distrital de Saúde (PDS) 2020-2023 de indicador idêntico ao do ciclo anterior auxilia a GERPIS a participar das discussões de ações prioritárias para a saúde em toda a rede SES-DF e a expandir informações de PIS para alta gestão e para a comunidade.

A equipe forneceu dados internos do monitoramento de oferta de PIS referentes à fevereiro de 2020 para melhor compreensão da distribuição da oferta nos três níveis de atenção à saúde (Tabela 5).

Tabela 5 - Oferta e monitoramento de PIS por Unidades de rede na SES-DF. Fevereiro, 2020.

 RESULTADO TOTAL DAS UNIDADES DE REDE MONITORADAS PELA GERPIS QUE OFERTAM PIS NO DISTRITO FEDERAL, FEVEREIRO 2020.				
Unidades monitorados pela GERPIS	Total de unidades monitoradas pela GERPIS	Total de unidades que ofertam pis (%)	Total de unidades que ofertam apenas uma pis (%) *	Total de unidades que ofertam 3 ou mais pis (%)*
UBS	172	59,29%	24,51%	46,07%
Policlínicas e ambulatórios especializados	22	63,64%	35,71%	42,86%
CAPS	18	77,78%	42,86%	42,86%
Hospitais	14	78,57%	18,18%	36,36%
**Demais unidades	11	54,55%	5,56%	2,78%
TOTAL	237	62,03%	27,21%	43,54%
*Calculado sobre o total de Unidades que ofertam PIS.				
**ADMC, FEPECS, Hemocentro, LACEN e CEREST Estadual (Região Central), Farmácia Viva do Riacho Fundo I (Região Centro-Sul), Casa de Parto São Sebastião (Região Leste), CER, CER II Taguatinga e CEREST Sudoeste (Região Sudoeste) e CEREST Sul (Região Sul).				
Fontes: Formulário de Produção de PIS - 2020 (google forms), sistema TrakCare e processos SEI de Monitoramento abertos pela GERPIS.				

Fonte: Tabela elaborada e fornecida pela GERPIS

Os apontamentos finais da equipe de GERPIS sobre necessidade de avaliação e de monitoramento da PDPIS estão resumidos no (Quadro 8). Foram obtidos após discussão dos modelos-lógicos elaborados e observação das respostas mais frequentes dos diferentes *stakeholders*, incluindo da própria GERPIS, nos formulários de pesquisa.

Quadro 8 - Temas relevantes para monitoramento e a avaliação da PDPIS sinalizados pelo grupo GERPIS. Distrito Federal, 2021.

Temas relevantes para o monitoramento	Temas relevantes para a avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • Número de facilitadores na rede • Tempo de trabalho dos facilitadores dedicado às PIS • Proporção de capacitados que ofertam regularmente PIS • Número de atendimentos realizados e de usuários atendidos, por PIS • Interrupção de serviços de PIS na rede • Número de servidores que concluem os cursos de capacitação, que implementam os serviços de PIS ou utilizam o conhecimento adquirido e que mantém o uso desse conhecimento ativo • Cobertura de PIS no DF, por serviço de PIS, por região e por unidade de saúde • Satisfação dos usuários • Redução de sintomas ou agravos na população • Proporção de serviços ativos para facilitadores ativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Se houve implantação prevista • Efeitos do uso de PIS na saúde da população • Quantidade, qualidade e regularidade da oferta • Opinião ou percepção dos envolvidos na oferta • Trajetória, história, crescimento da oferta • Cobertura de cada PIS nos territórios e continuidade na oferta • Conhecimento sobre PIS por parte de todos • Orçamento destinado para PIS ao longo dos anos • Divulgação dos serviços e das PIS em si • Redução de gastos com saúde ao implementar PIS • Dificuldades na implantação de cada PIS nos territórios pelos servidores habilitados • Aumento da quantidade ou qualidade da oferta ao participar, o facilitador, da educação permanente • Qualidade do conhecimento antes e após curso de capacitação ou educação permanente • Critérios utilizados no DF, nos estados e pelo MS para inserção de uma nova Prática na política • Dificuldades dos instrutores para executar e registrar seus procedimentos de PIS • Motivo da interrupção de serviços de PIS na rede • Destinação da carga-horária do servidor habilitado para execução de serviços de PIS • Apoio das equipes locais e dos gestores, para implementação e manutenção da oferta • Espaço adequado para realização das PIS nas diversas unidades da rede SES-DF

Temas relevantes para o monitoramento	Temas relevantes para a avaliação
	<ul style="list-style-type: none"> • Custo-efetividade das capacitações internas da SES-DF, para implantação de serviços • Disponibilidade de instituições parceiras qualificadas para ensino e pesquisa em PIS

Fonte: elaboração própria

Não houve um consenso final sobre prioridade de avaliação, mas, em geral, predominaram nitidamente os comentários sobre os itens relacionados ao funcionamento dos serviços e à educação em PIS, com foco na implantação e manutenção dos serviços.

Quando abordada a questão de viabilidade de monitoramento e de avaliação, a equipe GERPIS destacou algumas dificuldades gerais da gestão atual de PIS no DF consideradas como influentes nesses processos.

Algumas dessas dificuldades foram relacionadas aos sistemas de informação: a inexistência de um sistema adequado, tanto em nível federal como distrital; de códigos SIGTAP para algumas práticas no sistema nacional; de integração dos sistemas de registro dos atendimentos; e a impossibilidade de geração de relatórios de produtividade de PIS suficientes, sendo parte da contabilidade realizada manualmente.

Outras dificuldades relatadas pelo grupo se relacionaram à execução dos serviços de PIS: os sistema de saúde e a cultura popular baseados na valorização do sistema hospitalocêntrico, em detrimento das ações de prevenção e promoção à saúde; a resistência de alguns membros das equipes de saúde com colegas que são instrutores/facilitadores de PIS; o pouco conhecimento sobre PIS e apoio de alguns gestores locais; a falta de espaço adequado nas unidades para a realização das PIS também foi destacada; o quantitativo geral de instrutores de PIS da Rede SES; e a situação atual de vulnerabilidade deles, sobrecarregados com as demandas de atendimento da pandemia de COVID-19.

Cumprimento e aprimoramento da normatização do trabalho do facilitador de PIS (carga-horária protegida, formação, educação permanente, fiscalização de serviços) foram trazidos como necessidades de gestão. Parceria com instituições de ensino para pesquisas e maior troca de experiências com outros estados também, além da necessidade de gestão sobre capacitação de servidores para implementação de PIS em unidades sem oferta ou com um instrutor/facilitador apenas, com priorização de locais com dados epidemiológicos desfavoráveis.

6.3.3 Feedback sobre o estudo de avaliabilidade

Ao visualizar os modelos-lógicos elaborados durante a reunião, a equipe da GERPIS demonstrou surpresa positiva com o resultado. Expressou que a modelização da política permitiu uma maior clareza das atividades realizadas para alcance de resultados e que o desenho apresentado também clarificou os resultados esperados, o que poderá facilitar o planejamento e o aprimoramento da execução da política e da gestão necessária.

Outro feedback do grupo foi o grande interesse em usar os modelos lógicos da política para subsidiar o diálogo entre gestores, com clareza, objetividade, simplicidade e facilidade de compreensão, pois *“ler uma política inteira, ninguém lê”*, disse um dos participantes. *“Está tudo aí, resumido”*, disse outra participante. Compreenderam rapidamente que a modelização viabiliza o compartilhamento das intenções da política.

Os participantes demonstraram interesse em usar os modelos lógicos desse estudo como forma de expressar em diferentes contextos, como reuniões e projetos, as atividades que sempre foram realizadas, mas antes sem uma clareza dos recursos necessários e dos efeitos esperados, o que gerava dificuldade na comunicação e em negociações com outros setores e gestores.

Outro importante resultado expresso durante a reunião com a GERPIS foi a intenção de uso desse estudo na elaboração da nova versão da PDPIS, que vinha sendo discutida e desenhada anteriormente. A construção colaborativa ao longo do estudo, bem como a visualização da proposta de teoria da mudança e dos modelos lógicos ao final agregaram informações valiosas que, segundo o Gerente, serão utilizadas como novas possibilidades de estrutura para a política e para outros documentos.

Nesse sentido, o presente estudo facilitou à gestão central de PIS assimilar a importância do encadeamento entre os elementos que compõe a política. Também permitiu reconhecer outras atividades que fazem parte da realidade atual e importa estarem descritas no novo texto, assim como a exclusão de atividades que não são viáveis com os recursos que se tem.

7. DISCUSSÃO

A coleta de dados ocorreu integralmente durante a pandemia de COVID-19. Mesmo assim, os *stakeholders* em geral se disponibilizaram a participar (Quadro 5) e 30 dos 38 preencheram o campo descritivo com outros comentários sobre a implementação da PDPIS ao final do questionário, o que demonstra relevância da temática do estudo para eles. No entanto, houve prejuízo da participação de quatro gestores convidados, intensamente envolvidos com as adaptações necessárias aos serviços de saúde nesse momento peculiar. Também, pode ter havido influência na resposta dos diferentes grupos participantes.

Todos os participantes se consideraram interessados na implementação da política em estudo, haja vista que nenhum deixou de responder a pergunta e as opções “Não tenho interesse” e “Prefiro que a PDPIS não seja implementada” não receberam nenhum registro.

O tempo de vínculo maior que 10 anos de 77,1% dos participantes da SES e a formação profissional diversificada auxiliaram na compreensão da realidade institucional e não somente das três regiões sorteadas para o estudo.

7.1 INDICADORES E MONITORAMENTO DA POLÍTICA

O monitoramento quantitativo que é realizado atualmente pela GERPIS permite confirmar que as práticas integrativas estão presentes em todos os níveis de atenção à saúde no DF (Tabela 5).

A oferta de atividades de qualificação profissional realizadas pela GERPIS, além de algumas intersetoriais, é também monitorada juntamente com as informações de oferta destas práticas na rede (Quadro 7). São mantidos registros interno de informações sobre os facilitadores da rede e sobre o quantitativo de atendimentos realizados nas diversas modalidades de PIS, o que inclui um monitoramento qualitativo parcial de informações sem indicadores próprios.

Esse monitoramento guarda coerência com as quatro diretrizes do MlogS proposto, apesar de não acompanhar de forma suficiente os efeitos esperados em cada uma delas. Tal fato foi explicitado pelo grupo da GERPIS durante as interações do estudo, demonstrando que o monitoramento atual está aquém do necessário para verificar os resultados esperados com a implementação da política.

Os indicadores atuais, que usam diversas fontes de informação, atendem ao critério de utilidade, conforme expressado pela equipe da GERPIS, mas também aos de validade, clareza,

simplicidade, publicidade e confiabilidade, sinalizados como importantes pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998; BRASIL, 2018c).

No entanto, entende-se que há problemas quanto a disponibilidade de dados, estabilidade dos indicadores, além da insuficiência do conjunto para expressar aspectos relevantes da política.

O critério de disponibilidade está comprometido, em razão de os dados para seu cômputo não serem de fácil obtenção, requerendo grande esforço da equipe de gestão central de PIS para coleta dos dados necessários aos indicadores.

Sobre a estabilidade do indicador, há uma fragilidade na série histórica, devido a variações de parâmetros ao longo dos anos, supostamente relacionados a mudanças nas equipes de gestão vinculadas ao monitoramento da SES-DF (GOVERNO DE BRASÍLIA, 2016; GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2016, 2017, 2018, 2019a, 2019b).

Todavia, essa foi uma situação que, no decorrer do estudo, gerou reflexões acerca da importância de uniformidade, conhecimento e clareza, por parte de todos os envolvidos, em relação àquilo que é monitorado. Nesse sentido, um estudo de avaliabilidade pode colaborar sobremaneira, ao expressar de forma precisa os produtos e resultados para cada objetivo almejado, facilitando a elaboração de metas e de indicadores apropriados.

A viabilidade para aprimorar o monitoramento está nitidamente comprometida por questões de gestão, com destaque para as relacionadas aos sistemas de informação. Dificuldades na implantação e execução dos serviços também apareceram como um dificultador, pois prejudicam a obtenção das informações para monitoramento.

O momento da pandemia piorou o cenário de execução e de monitoramento de PIS em geral. A melhoria da normatização do trabalho com PIS foi citada como uma necessidade, bem como as parcerias, a educação em PIS e o planejamento da oferta de acordo com as características da população. Sem esse conjunto de elementos, o esforço empreendido pela equipe de gestão central de PIS continuará desproporcional ao resultado do monitoramento realizado.

Todavia, a equipe da GERPIS tem atuado no sentido de aprimorar o uso dos sistemas disponíveis e a normatização, construir mais espaços próprios para oferta, estabelecer parcerias, manter e ampliar os conhecimentos de toda a rede de saúde, além de fortalecer a atuação dos apoiadores nos três níveis de atenção, o que gera uma tendência, a médio e longo prazo, de regionalização da gestão em PIS no DF, com fortalecimento de sua implementação e do seu monitoramento.

7.2 CONCEPÇÃO E ESTRUTURA DA POLÍTICA

Observa-se facilmente que a política de práticas integrativas do DF é mais detalhada do que a dos estados da federação e até mesmo do que a PNPIC. O seu texto original, publicado em 2014, continha 14 práticas, enquanto a proposta do nível federal nesse mesmo ano, apenas cinco. Isso demonstra a valorização da implantação dessas práticas no âmbito do SUS no DF, por parte dos envolvidos à época, e um pioneirismo na normatização de PIS no país, fruto da institucionalização iniciada em 1989 e da sua execução na saúde pública distrital vários anos antes da elaboração da política em si.

Fleury e Overney (2012) 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.

Uma política pública deve atender às necessidades de uma população. Por sua vez, as políticas voltadas para promoção à saúde podem ter relação com a consciência de gestores sobre as limitações do sistema de saúde convencional (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

Dentre essas políticas, as de PICS possuem uma lógica distinta, focada na saúde, com intenções complexas de cuidado integral. A sua implantação na APS *“alcança a dimensão de uma inovação técnico-tecnológica que rearranja a organização e o processo de trabalho”* (BARROS et al., 2018, p. 167), mudando o foco da doença para a saúde, processo que se inicia com os próprios profissionais e serviços de saúde. (Ibid)

As práticas integrativas e complementares em saúde preenchem lacunas da resolutividade terapêutica do sistema convencional, favorecem a autonomia dos sujeitos em relação a sua saúde e podem indicar desejo de maior autocuidado em doenças crônicas (NASCIMENTO et al., 2013; SHAW; THOMPSON; SHARP, 2006). Também podem ser vistas como atividades que aproximam os profissionais com os usuários dos serviços de saúde. Atividades que provocam integração entre os profissionais e estreitam seus vínculos também com a comunidade, promovendo saúde e gerando corresponsabilização pelos problemas, com aumento da satisfação de profissionais e de usuários (BARROS et al., 2018).

Entretanto, os profissionais de saúde relataram que o preconceito e o descaso são fatores que limitam a atuação com PICS. Isto ocorre mesmo com tantos anos de implementação no

Distrito Federal a oferta dessas práticas com a hegemonia do sistema convencional de saúde, que determina dinâmicas de trabalho (RIBEIRO, 2015, p. 29).

O texto da PDPIS está organizado com os seguintes elementos, nessa ordem: apresentação; marcos históricos e institucionais; contexto atual; pressupostos conceituais; objetivos; diretrizes e estratégias; glossário; referências; e anexos. Apresenta claramente as bases legais e, quanto às responsabilidades institucionais, menciona:

“Em conformidade com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no âmbito do Distrito Federal, é responsabilidade da SES-DF o desenvolvimento das PIS, sendo a GERPIS/DCVPIS/SAPS o órgão institucional que tem como missão a gestão, a atenção, o ensino e a pesquisa em PIS”. (DISTRITO FEDERAL, 2014)

A política menciona parcerias que foram realizadas antes da sua elaboração, mas não explicita as responsabilidades, nem sua permanência, nem as possibilidades futuras, deixando apenas a SES, representada pela GERPIS, como responsável por isso, o que fragiliza a garantia de corresponsabilidade para as ações intersetoriais, dentro e fora da SES-DF.

Todavia, apesar da não previsão específica de responsabilidades intersetoriais no texto da política, é nítida a existência atual de parcerias, visto que 75% do total de participantes deste estudo, dos diferentes grupos consultados, responderam que elas existem no seu âmbito de atuação, elencando, em média, 3,5 parcerias cada um.

A PDPIS contempla quase todos os elementos descritos pelo Ministério da Saúde (2009) como necessários para cumprimento de sua finalidade, podendo ter seu texto aprimorado no aspecto de descentralização da gestão e da responsabilidade intersetorial. Da mesma forma, o texto da política pode ser melhor estruturado para o desdobramento das estratégias em ações, bem como para as necessidades de monitoramento e avaliação.

A modelização deste estudo representa em si uma nova estrutura para o conteúdo da política, em momento oportuno, coincidindo com atualização em andamento no momento do estudo.

A modelização realizada tanto representa o momento atual como facilita futuras atualizações, na medida em que houver mudança de cenário ou de necessidades, em especial em relação ao conteúdo dos MlogAt. Também pode embasar a construção de outros instrumentos mais específicos de planejamento, monitoramento e avaliação, não necessariamente integrantes do texto da política, mas dela derivados. Dessa forma, seria possível estabelecer mais facilmente parâmetros, critérios e indicadores para monitoramento e avaliação de sua execução.

Durante o desenvolvimento do estudo, se observou que o documento, apesar de conter os elementos esperados para uma política pública, tem uma estrutura com baixa conexão entre seus componentes. Nesse sentido, este estudo de avaliabilidade possibilitou o reconhecimento dos seus elementos constituintes por parte dos gestores e um avanço em relação à organização lógica necessária para gerar possíveis parâmetros de monitoramento e de avaliação, inexistentes no texto original. Esse resultado também foi alcançado por estudos semelhantes, como o de Bezerra et al. (2012).

O propósito da política representa o seu objetivo maior, o impacto ou a situação futura desejada com a sua implementação, em contraponto com a situação presente, o que permite verificar as carências existentes para transformá-las em propostas de ação. Dele decorrem os componentes das diretrizes. O propósito, juntamente com as diretrizes e a definição de responsabilidades dos envolvidos, são o cerne de uma política pública (BRASIL, 2009).

O principal interesse na implantação da PDPIS, registrado por 86% dos participantes do estudo, 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.” (WHO QUALITY OF LIFE ASSESSMENT GROUP, 1996)

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 promover, manter e recuperar sua saúde. Tendo o seu desenvolvimento o caráter transversal, transdisciplinar e intersetorial”.

Mais da metade dos interessados que participaram do estudo entenderam que a implantação da PDPIS pode ajudar na resolução de problemas de saúde e mais de 60% registraram que a política aumenta o acesso a opções terapêuticas, a oferta de opções de cuidado e de tratamento, a promoção da saúde e a promoção do autocuidado dos indivíduos.

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 (BRASIL, 2018d). O interesse dos *stakeholders*

na implementação da PDPIS é compatível com os cinco objetivos nela explicitados, o que explica as respostas de concordância apresentadas na Figura 10, pág. 55.

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. Assim, traz para o seu campo toda a complexidade social e técnica necessária para enfrentar o desafio de produzir saúde e qualidade de vida, como movimento social em defesa de estratégias inovadoras de saúde em todas as suas dimensões, desafiando o paradigma biomédico e sua insuficiência diante da multiplicidade e complexidade de fatores que intervêm no processo saúde-doença. Trata-se de ver a saúde como um investimento econômico fundamental para o desenvolvimento humano e social (CARVALHO et al., 2004).

Para a promoção da saúde no Brasil é preciso políticas públicas visando 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. (DIAS et al., 2018)

Diretrizes indicam linhas de ação a serem seguidas ou caminhos de atuação para a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades que darão operacionalidade à política, servindo de fundamento à atuação dos gestores. Originam-se, portanto, da comparação entre situação desejada e situação presente. Devem ter factibilidade, coerência e viabilidade para implementação, sendo uma escolha estratégica (BRASIL, 2009).

Segundo o Manual de planejamento do SUS (2016, p. 104), as diretrizes “expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias”, devendo ser definidas em função do contexto da política. No texto da PDPIS observa-se que as estratégias foram elencadas a partir das diretrizes e estão fortemente ligadas ao contexto apresentado. São nove diretrizes, como observado no MlogS V.1 (Figura 1, pág.45).

No longo processo de elaboração dos modelos-lógicos, com base nas informações prestadas pelo grupo gestor central de PIS e na definição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), as diretrizes foram consideradas claras o suficiente para compreensão, apesar da complexidade dos textos, que agrupam várias ideias. Algumas diretrizes são nitidamente precursoras de outras, o que exigiria uma melhor organização do texto para direcionamento das estratégias. No geral, foram consideradas coerentes com o contexto e demais informações obtidas neste estudo.

A Diretriz VII, “garantia de acesso dos usuários do SUS-DF aos medicamentos homeopáticos, antroposóficos, plantas medicinais e fitoterápicos com qualidade e segurança”, foi a única considerada como não plenamente factível, devido a pouca disponibilidade de

recursos, tecnologias e estrutura para acesso aos medicamentos homeopáticos e antroposóficos, bem como a ainda limitada disponibilidade de plantas medicinais e fitoterápicos na rede, apesar do crescimento e da valorização das duas unidades de Farmácia Viva implantadas. Essa realidade é compatível com a descrição de Mendes et al. (2014).

Todas as demais diretrizes foram consideradas factíveis e viáveis, porém com algum risco de limitação das ações, relacionado ao envolvimento de parceiros e ao trabalho intersetorial, haja vista a responsabilidade estar centralizada em uma única Gerência.

As diretrizes levam ao alcance do propósito, que por sua vez delimita o raio de ação da política e permite avaliar seu impacto (BRASIL, 2009). A partir desse raciocínio, o MlogS final proposto trouxe diretrizes conectadas para alcance do propósito identificado (impacto esperado). Da mesma forma, em cada diretriz, as estratégias permitem a elaboração e execução dos planos de ação para alcance dos resultados intermediários.

As quatro Diretrizes identificadas neste estudo coincidem aproximadamente com os três componentes descritos para a Política Municipal de Práticas Integrativas de Recife (CAZARIN; LIMA; BENEVIDES, 2017).

O Ministério da Saúde (2009, p. 18–19) esclarece que “a complexidade ou a abrangência de determinadas diretrizes pode indicar a necessidade da definição de estratégias básicas, ou seja, a forma como elas serão implementadas”. Ainda complementa com a possibilidade de priorização operacional.

Nesse sentido e em razão da complexidade da temática, o texto original da PDPIS elenca as estratégias, que estão relacionadas a cada uma das diretrizes. Entretanto, seu grande número (72 estratégias) sem dúvida foi um dificultador de todo o processo.

Além de aparecerem em grande número, as estratégias não apresentavam hierarquização, priorização de implementação ou relação clara com objetivos ou resultados. Na modelização proposta, estão hierarquizadas.

Uma vez identificadas e bem delimitadas as diretrizes que traduzem a real implementação dessa política, a palavra estratégia passou a representar os principais conjuntos de ações voltados para determinados resultados a serem alcançados, por isso a redução de 72, do texto original, para apenas oito estratégias, no MlogS. Por sua vez o restante do conteúdo das estratégias do texto original se transformou em atividades, por ser demais específico e pormenorizado para composição das estratégias de uma política.

À luz de Rossi, Lipsey e Freeman (2004), Thurston e Ramaliu (2005), Leviton (2010), Wholey (2010), houve adequação nas descrições e nas próprias atividades/estratégias do texto original da PDPIS. Aquelas que não foram consideradas inviáveis, não integraram o texto do

propósito, nem das diretrizes, nem das estratégias, permitiram a elaboração dos oito MlogAt (**APÊNDICE A** **Erro! Fonte de referência não encontrada.**).

Os MlogAt, por sua vez, poderão servir de esboço da construção futura de planos de ação estruturados para cada uma das estratégias desenhadas no estudo, o que pode contribuir com a gestão, nas funções de planejamento, monitoramento e também de avaliação. A elaboração desses planos de ação derivados da política pode ser uma boa oportunidade para o estabelecimento de responsabilidades intersetoriais vinculadas a cada ação ou a cada conjunto de ações.

Considerando a ausência de programa ou plano específico de PIS no DF, a elaboração de planos específicos de ação para as estratégias da política representaria a criação de importantes instrumentos de trabalho voltados para sua implementação. Tais instrumentos, mais direcionados e detalhados que a política em si, permitiriam fácil adequação e fiel representação da realidade de implantação ao longo dos anos, sem a necessidade de ajuste no cerne da política: seu propósito e suas diretrizes.

Durante a consulta aos *stakeholders*, verificou-se que a ideia ou o texto de parte das atividades se repetia entre uma diretriz e outra, com algumas falhas na clareza. Houve divergência frequente no enquadramento de cada ação a um dos eixos operacionais propostos, o que pode significar, além da falta de clareza, uma possível multiplicidade de intenções.

Outrossim, muitas atividades foram consideradas não plenamente factíveis e viáveis no contexto atual, que, contudo, difere do contexto da época da proposição do texto – informação também destacada pelos participantes. Por fim, pode-se dizer que a maioria é executada parcialmente e que as não executadas não constam nos MlogAt, que extrapolam a proposta deste estudo, portanto, não foram aprimorados, apesar do consenso da equipe técnica sobre seu conteúdo.

O conjunto dos modelos elaborados torna explícita a razão da existência dessa política, ou seja, os motivos que ensejaram sua concepção. A modelização proposta para expressar a realidade de funcionamento da PDPIS apresenta como resultados esperados a realização de ações instrumentalizadas e pautadas em normas, para atendimento das necessidades da comunidade; a execução dos serviços de PIS de maneira segura e oportuna em todos os espaços da rede de atenção à saúde do SUS-DF; e a utilização desses serviços de PIS para promoção, proteção e recuperação da saúde integral.

Com o alcance desses resultados é possível alcançar o propósito da PDPIS de 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 DF.

Em relação à normatização, observou-se a regulamentação do papel do facilitador de PIS e a existência de uma UBS PIS, além da definição formal das atribuições da GERPIS e de normativas que estão sendo construídas.

Também é importante frisar que os serviços de PIS são como qualquer outro serviço de saúde da rede e, portanto, seguem também as demais normativas institucionais para sua gestão. 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.

A institucionalização, por sua vez, evita a fragilidade e instabilidade da oferta e reduz dificuldades no monitoramento, para garantir segurança e qualidade. A prática desenvolvida por profissionais sem apoio da gestão facilmente deixa de ter continuidade, não caracterizando uma política de Estado (BARBOSA et al., 2020).

Sobre a educação profissional para segurança e a qualidade na oferta de PIS, a GERPIS oferta com regularidade cursos de capacitação e de educação permanente em várias modalidades de PIS. Trabalha atualmente em diversos projetos voltados para educação profissional, com apoio interinstitucional.

Em relação à oferta dos serviços de PIS nos três níveis de atenção à saúde, apesar da desatualização do Manual de Normas e Procedimentos, publicado em 2005, as PIS seguem sendo ofertadas nos três níveis de atenção, com pouca parametrização, apesar das educações permanentes.

Em relação à oferta, “a garantia de acesso aos insumos é fundamental para a qualificação dos serviços prestados e resolubilidade da atenção em saúde” (RIBEIRO, 2015, p. 33). O acesso aos serviços deve estar acompanhado de segurança, eficácia e qualidade dos insumos (Ibid).

O público-alvo encontrado para a política neste estudo foi amplo e bem distribuído, incluindo tanto as pessoas saudáveis como pessoas em grupos de risco ou ainda com doenças agudas e crônicas. Isso reforça sobremaneira a diretriz formulada para uso das PIS como tecnologias voltadas para manutenção, proteção e recuperação do estado de saúde integral.

7.3 AVALIAÇÃO DA POLÍTICA

Na avaliabilidade, analisar a plausibilidade do programa para atingir seus objetivos é fundamental, porque sem isso nem o modelo lógico nem a análise das atividades terá muito significado. É a questão central para determinar se algo pode ser avaliado. Trata-se de verificar se os resultados são alcançáveis no cronograma, com os recursos, as atividades e o contexto que se tem (LEVITON et al., 2010).

É preciso compreender se existe uma cadeia causal contínua que liga a intervenção com seu impacto. Se o propósito descrito pode ser alcançado com as estratégias propostas, em tempo hábil (DAVIES, 2013; MEDINA; GERLUCE ALVES PONTES SILVA; ROSANA AQUINO, 2005).

Todos os participantes se consideraram interessados na implementação da PDPIS (Figura 6). Também houve consenso entre os *stakeholders* consultados em relação às intenções da política, o que permitiu a elaboração do MlogS apenas realinhando informações que estavam presentes no texto original, de forma a representarem a realidade atual de execução da política e o encadeamento lógico dos elementos que a constituem.

Sobre a implementação da política, enquanto 79% dos participantes afirmaram que a comunidade ajuda (Figura 8), 50% concordou total ou parcialmente que há profissionais que a dificultam voluntariamente (Figura 9). Cabe ressaltar que os participantes de um mesmo local podem ter retratado uma realidade onde um único profissional dificulta a implementação para todos os serviços, por isso esse aspecto necessita ser melhor explorado para ser compreendido.

Mesmo assim, imediatamente antes da pandemia, 59,29% das unidades da APS contavam com pelo menos 1 serviço de PIS (Tabela 5) além de 76% dos diferentes grupos consultados contarem com, em média, 3,5 parcerias no seu âmbito de atuação (Tabela 1). Quando perguntado se os *stakeholders* implementariam outras PIS no seu âmbito de atuação, obtivemos 73,6% de afirmação, resposta esta que foi uniforme entre os grupos que atuavam de forma mais ou menos direta com as PIS.

Sobre o uso dos serviços, 73,7% dos participantes eram ou havia sido usuário de alguma das PIS disponíveis pelo SUS no DF, o que faz crer não somente que as PIS são utilizadas no sistema para a saúde dos próprios profissionais de saúde, mas também de alguma maneira os serviços estão sendo executados e acessados, mesmo que talvez de maneira não uniforme na rede. Quando ampliamos a pergunta para atendimentos fora da rede do SUS-DF, esse percentual subiu para 81% nas respostas.

Nos três grupos que não tinham necessariamente atuação direta com as PIS, ou seja, os de gestores centrais e regionais da APS e o de representantes dos usuários, dentre os 12 que participaram, somente 2 tinham formação para atuar com alguma PIS; 58% eram ou já haviam sido usuárias de algum serviço de PIS, das quais 41% tiveram esse acesso por meio do SUS.

Com isso pode-se dizer que, apesar dos *stakeholders* participantes do estudo valorizarem a oferta de PIS no SUS e de haver harmonia nos interesses, 19% da amostra ainda não experimentou nenhuma PIS e parte dos atores da rede figura como fator dificultador da sua implementação.

Destaca-se o incremento da modelização com importantes ações realizadas, que não constavam no texto original da PDPIS. Das cinco inclusões, todas se referem à disseminação de informações e conhecimentos, sendo três de oferta de cursos sobre PIS.

Os profissionais saem da formação básica sem habilitação para uso de PIS, o que tornaria inviável a execução da política. O modelo passa a ser plausível na medida em que são incluídas essas ações de habilitação, de fato realizadas ao longo dos anos pela GERPIS, o que ficou confirmado por todos os mecanismos de coleta de dados.

O alcance de cobertura a longo prazo é plausível por se tratar de uma política, com histórico crescente de implantação. Aliado a isso, a PDPIS está alinhada com estratégias de saúde pública nacional e internacional. Todavia, é necessário aprimoramento da implantação, para que serviços não sejam encerrados e outros possam ser iniciados ou reestabelecidos.

A última questão a ser observada são os fatores favoráveis ou desfavoráveis à implementação do programa (DOMINGOS; SILVA, 2017). A centralização formal de responsabilidades fragiliza a implantação da PDPIS, contudo tem inegavelmente mantido e expandido a sua execução ao longo do tempo, contando com uma rede de atores internos e externos à SES-DF.

Dessa forma, considerando que o propósito e os demais elementos puderam ser identificados e alinhados de forma coerente, contando com o consenso dos interessados envolvidos, no contexto que se apresenta, podemos considerar que há plausibilidade no modelológico da PDPIS e que podem ser explorados aspectos a serem avaliados, bem como outros a serem monitorados ou aprimorados.

Entretanto, é preciso um olhar cuidadoso sobre os pontos passíveis de avaliação, haja vista ser uma política recente e inovadora no cenário nacional, ainda em fase de implementação e com fragilidades no monitoramento.

As responsabilidades intersetoriais, como já destacado anteriormente, são um aspecto de melhoria para a política, o que pode ser incrementado na elaboração dos planos estratégicos

de ação. Também pode ser este um ponto de futuros estudos, para melhor conhecer o cenário externo à SES, considerando que este estudo abrangeu predominantemente os *stakeholders* internos, além dos representantes dos usuários do Conselho Distrital de Saúde.

Uma política é um instrumento geral de planejamento e, portanto, dispensa quantificação de objetivos, metas e recursos (BRASIL, 2009). Assim sendo, o monitoramento e a avaliação também poderão ser beneficiados pela elaboração de planos para a execução da política, a partir dos resultados deste estudo.

As questões de pesquisa de implementação são variadas e, com frequência, se organizam em torno da teoria de mudança ou do tipo de objetivo da pesquisa proposta, conforme Peters et al. (2013). Com as informações obtidas sobre a implementação, são então verificadas possibilidades e prioridades para avaliação, considerando aspectos que estejam estruturados e a opinião dos *stakeholders* (LEVITON et al., 1998).

O trabalho colaborativo possibilitou desvendar os objetivos de pesquisa comuns aos *stakeholders* envolvidos, o que, juntamente com a leitura dos modelos-lógicos, proporcionou levantamento de questões que atendam aos interesses e necessidades coletivos para avaliação da implementação da PDPIS na APS. Dessa forma, a metodologia colaborativa facilitou estabelecer uma base sólida e útil que poderá orientar processos de tomada de decisão, inclusive a longo prazo, compatível com Rincones-Gómes, Hoffman e Rodríguez-Campos (2016).

Os modelos-lógicos, por serem frutos do trabalho colaborativo, permitiram comunicar com segurança a realidade de implantação, o que facilita o processo avaliativo. O destaque da modelização como ferramenta de comunicação também é feito por Champagne et al. (2011) e Cardoso et al. (2019).

No geral, o conjunto de aspectos considerados neste estudo como precursores da implantação de serviços de PIS foi predominante na priorização de avaliação pelos *stakeholders* consultados. Os mais apontados foram a disponibilidade de recursos necessários e a formação ou regulamentação profissional para PIS. A opção mais escolhida, sobre disponibilidade de recursos para execução da PDPIS somente não foi marcada pelo grupo dos usuários (Conselho de Saúde), que, contudo, indicou a opção de orçamento para a política. A formação ou regulamentação profissional específica não foi priorizada para avaliação por ninguém dos dois grupos de gestores centrais.

A habilitação e os recursos humanos em PIS apareceram, junto com os usuários dos serviços, como os três principais facilitadores da implantação (Tabela 2), o que aumenta a relevância desses temas, que também compõem o conjunto de recursos necessários para implantação dos serviços. Essa realidade vai ao encontro da descrita por Barbosa et al. (2020)

e outros diversos autores, que apontam os profissionais que executam as PIS como principais atores responsáveis pela expansão das PICS no Brasil, muitas vezes de forma individualizada.

Todavia, na opinião de pelo menos um terço dos *stakeholders* consultados, as principais dificuldades para implementação da PDPIS se relacionaram à estrutura física, ao apoio da equipe local, aos insumos de trabalho, aos recursos humanos em PIS e à estrutura organizacional (Tabela 3). O detalhamento trazido nos campos “outros” das questões apontou para a falta de conhecimento e de apoio dos gestores locais, o que se compatibiliza com as dificuldades mais apontadas, já que as quatro primeiras estão fortemente relacionadas a esse nível de gestão.

O grupo da GERPIS priorizou, tanto para monitoramento como para avaliação, aspectos relativos ao funcionamento dos serviços de PIS, o que se repetiu nos questionários e nas reuniões, mesmo com a alternância dos membros participantes nos diferentes momentos da pesquisa. Isso contribuiu para que a operacionalização e o aprimoramento dos serviços de cada PIS fossem a terceira opção mais priorizada para avaliação pelo conjunto dos *stakeholders*. Foi também a primeira, dentre as mais votadas, que teve pelo menos um voto de cada grupo participante.

Posteriormente, nas últimas interações com o grupo GERPIS, também foram destacados aspectos relacionados aos recursos (espaço físico, orçamento, apoio de gestores para a implementação, conhecimento sobre PIS por todos, habilitação e disponibilidade profissional), as parcerias para qualificação do ensino em PIS e critérios para inserção de PIS no país, que são também aspectos precursores da oferta de serviços. Estudo de avaliabilidade de Dias (2018) sobre a implantação da política de promoção à saúde em um município também expressou o desejo de ampliação de recursos materiais e imateriais, para consolidação de processos (DIAS et al., 2018).

Chama a atenção que, enquanto a GERPIS intenta avaliar com prioridade questões relativas aos serviços de PIS, os demais grupos ainda demonstram necessidade de compreender melhor os aspectos precursores da implantação dos serviços (Contribuições dos *stakeholders*, p.58). Isso indica que a gestão central de PIS se percebe apropriada de temas precursores da implantação de serviços que o restante dos *stakeholders* envolvidos neste estudo não está. Ao mesmo tempo, precisa de mais informações sobre as necessidades dos serviços da rede para aprimorar seu arcabouço de gestão.

Em suma, os envolvidos expressam a mesma necessidade de saúde, porém parecem possuir conhecimentos ou entendimentos distintos para sua participação na execução da PDPIS. Isso reforça a necessidade de educação sobre o uso das PIS como tecnologias de cuidado.

Também justifica a ênfase de aprimoramento dos modelos propostos neste estudo solicitada pela GERPIS, para inserção de Diretriz sobre educação em PIS.

Considerando que os modelos propõem uma hierarquia na implementação da política e que esta não ocorre de forma centralizada, é preciso verificar com mais detalhes o entendimento e a execução de aspectos elementares da cadeia lógica em toda a rede, pois podem comprometer, a curto, médio ou longo prazo, uma melhor implementação da política.

A divergente priorização para avaliação sugere uma desigualdade de acesso à informação ou a desigualdade de percepção da realidade, principalmente sobre os recursos necessários, incluído nestes o próprio conhecimento. Isso ressalta a necessidade da execução de avaliações formativas em busca de aperfeiçoar o programa no curso de sua execução com envolvimento dos atores, tema abordado por Brasil (2018d), Vieira-da-Silva (2014) e Champagne et al. (2011).

Segundo Silva et al. (2017), as perguntas avaliativas devem traduzir o desejo e a necessidade de compreensão dos atores, além de serem capazes de mostrar direções que agreguem valor ao objeto avaliado, ou reconhecendo seus resultados ou iluminando as suas limitações.

A falta de apoio dos gestores foi enfatizada pelos participantes e há vários profissionais que não possuem habilitação para uso de PIS ou mesmo nunca foram usuários dos serviços de PIS. O conhecimento dos profissionais faz parte dos recursos necessários à implementação da PDPIS, pois dele advêm a provisão dos demais recursos.

A educação dos profissionais é matéria centralizada na GERPIS, com apoio de parceiros. Pelas informações e prioridades trazidas nas reuniões do estudo, muitos profissionais habilitados para uma ou mais PIS não implantaram ou descontinuaram a oferta de serviços na rede, motivo pelo qual a equipe valorizou estudos sobre a operacionalização dos serviços, com foco na sua implantação e manutenção.

No MlogT, o pouco conhecimento sobre as PIS e as falhas na gestão são parte das causas do problema que a implantação da PDPIS pode enfrentar. É preciso elucidar a dinâmica das causas para que a política possa atuar sobre elas e resolver o problema a que se propõem.

O conhecimento e a percepção do funcionamento dos serviços de PIS e do próprio mecanismo de ação e da fundamentação dessas práticas é um nó crítico na implementação da PDPIS. Sem compreender e atuar sobre esse nó crítico será difícil estabelecer normativas adequadas e recursos necessários para implementação e execução dos serviços, sem o que não se pode atingir o propósito da política.

Sugere-se foco em elucidar os entraves que limitam a implementação da PDPIS. No geral, os *stakeholders* necessitam de informações suficientes e uniformes para resolver o problema da falta de recursos para execução dos serviços, que é desejada pelos envolvidos. Como afirma Spadacio et al. (2010), abordagens qualitativas podem contribuir permitindo o exame de ponto de vista dos atores e a busca de sentidos e estruturação das práticas.

Exemplos de possíveis perguntas avaliativas:

- Os atores envolvidos conhecem e exercem suas responsabilidades no provimento dos recursos necessários à implantação de PIS à luz das normas institucionais da SES-DF?
- Os servidores habilitados para o atendimento com PIS e seus gestores se sentem apropriados dos recursos intelectuais necessários à execução dos serviços?

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A modelização colaborativa da política permitiu maior clareza da equipe gestora sobre as ações que realizavam e os resultados esperados, no contexto atual, o que facilitará o planejamento e aprimoramento da sua execução, bem como da gestão em rede, necessária para o sucesso da implementação. Também propicia a elaboração de metas e de indicadores claros, coerentes e úteis.

Os modelos gerados são instrumentos simples e capazes de serem rapidamente adaptados à realidade na medida em que o surgimento de novas necessidades impõe mudanças nos cenários e em sua lógica operacional. Assim, a modelização poderá ser utilizada para o diálogo intersetorial, por traduzir de forma clara e simplificada as estratégias de trabalho e as intenções dessa política. Podem embasar a construção de outros modelos-lógicos, quer sejam de implementação de alguma PIS específica, quer sejam do funcionamento de políticas ou serviços de PIS em outros locais, desde que observados e respeitados o contexto, suas características e peculiaridades.

Se houver acesso a informações suficientes para modelização, envolvimento ativo dos *stakeholders* e valorização do contexto em que se desenvolvem, a gestão e a avaliação de políticas, programas, projetos ou ações voltadas para as práticas integrativas pode se beneficiar de um estudo de avaliabilidade. O estudo de avaliabilidade pode ser uma proposta metodológica viável para desenho da lógica intencional e operacional dos diferentes cenários de inserção das práticas integrativas, respeitando a singularidade de cada um e particularizando o contexto de implantação de cada prática.

Neste estudo, o propósito e os demais elementos da PDPIS puderam ser identificados e alinhados de forma coerente, contando com o consenso dos interessados envolvidos, no contexto atual, o que possibilita a exploração de aspectos a serem avaliados, bem como outros a serem monitorados ou aprimorados.

Em relação à estrutura necessária a uma política pública, o texto da PDPIS pode ser aprimorado na definição de responsabilidades intersetoriais, bem como na organização lógica, com ênfase no monitoramento, na avaliação e na construção de instrumentos mais específicos de implementação de ações, subordinados a ela.

A nova versão da PDPIS que está sendo elaborada pode ser beneficiada pela construção colaborativa da modelização realizada, o que agregou, ao longo deste estudo, informações valiosas aos gestores, permitindo assimilação de novas possibilidades de estrutura para seu texto.

Sobre a execução da política, os *stakeholders* participantes do estudo valorizam a oferta de PIS no SUS e há harmonia nos seus interesses relacionados. Porém, 19% da amostra ainda não experimentou nenhuma PIS e parte dos atores da rede figura como fator dificultador da sua implementação.

Os recursos necessários para a execução da PDPIS apareceram como um problema e, ao mesmo tempo, como uma necessidade de avaliação. Os recursos necessários e a operacionalização dos serviços em si foram destacados para avaliação por todos os grupos envolvidos.

Sugere-se, inicialmente, avaliação formativa, qualitativa e colaborativa, que fomente o conhecimento dos atores sobre o conjunto de recursos utilizados para implementação e operacionalização de serviços de PIS, bem como colabore com a elucidação das responsabilidades intersetoriais relacionadas, disponíveis nos diferentes instrumentos de gestão da SES-DF, favorecendo as ações descentralizadas para atendimento das necessidades locais.

Não há normas nacionais regulamentando os processos formativos para a maior parte das PIS. Pode ser benéfica a padronização e normatização dos processos de formação exigidos pela instituição, a fim de trazer segurança tanto para os profissionais como para os usuários da rede.

As metas internas auxiliam nos processos de gestão, tanto no planejamento, como no monitoramento e na avaliação das intervenções. Em razão disso, podem ser criados planos de ação para execução da PDPIS, com metas quantitativas e qualitativas, mesmo se estas não forem incluídas nos planos oficiais de governo.

Diante das limitações de abrangência deste, outros estudos podem ser úteis para melhor compreender o contexto externo da SES-DF que influencia na implementação da PDPIS. O envolvimento de outros stakeholders, principalmente da atenção especializada e hospitalar, também pode ser melhor explorada em futuros estudos.

A partir da modelização da política distrital, equivalente no país ao nível estadual, se torna viável o avanço para a modelização de cada PIS e de sua operacionalização nas Regiões de Saúde do DF, que guardam semelhança com o nível municipal.

As PIS partilham de uma mesma teoria fundamental, identificada neste estudo, o que as inclui em uma mesma política pública. Entretanto, cada uma possui dinâmica própria de funcionamento, sendo oportuna e necessária a modelização individual da sua implantação na rede. Com isso, é possível aprimorar o conhecimento, a comunicação entre os envolvidos, a operacionalização dos serviços e também evoluir para estudos avaliativos específicos.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. M. F. DE et al. Usos e influências de uma avaliação: translação de conhecimento? **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 302–316, mar. 2017.

BARATIERI, T. et al. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 240–255, mar. 2019.

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**, v. 36, n. 1, 2020.

BARROS, N. F. DE et al. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. SPE1, p. 163–173, set. 2018.

BEZERRA, L. C. DE A. et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 883–900, abr. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p. 1988.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 18055, 19 set. 1990.

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, 2006a.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Sistema de planejamento do SUS : uma construção coletiva : formulação de políticas específicas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. v. 7

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017.** 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 68, 28 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018.** 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 68, 22 mar. 2018.

BRASIL. **Glossário Temático: Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. **Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. **Indicadores – Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública.** 3. ed. Brasília: Ministério do Planejamento, 2018c.

BRASIL, C. C. DA P. DA R. DO. **Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise ex ante.** Brasília: Ipea, 2018d. v. 1

BRASIL. **Relatório Nacional Consolidado 16ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Manual de Planejamento no SUS.** Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2016. v. 4

CARDOSO, G. C. P. et al. Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 54–68, 6 maio 2019.

CARVALHO, A. I. et al. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. p. 9, 2004.

CAZARIN, G.; LIMA, S. F. F.; BENEVIDES, I. DE A. Avaliabilidade da Política de Práticas Integrativas e Complementares do município de Recife-PE. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 8, n. 2, p. 203–215, 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Framework for program evaluation in public health**. Atlanta: U.S. Department of Helth & Human Service, 1999.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: ASTRID BROUSSELLE et al. (Eds.). . **Avaliação - conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 217–38.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705–711, set. 2006.

CONTATORE, O. A. et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3263–3273, out. 2015.

DAVIES, R. **Planning Evaluability Assessment- a synthesis of the literature with recommendations**. [s.l.] DFID, 2013.

DE SOUSA, I. M. C.; DE AQUINO, C. M. F.; BEZERRA, A. F. B. Custo-efetividade em práticas integrativas e complementares: diferentes paradigmas. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 8, n. 2, p. 343–350, 25 ago. 2018.

DIAS, M. S. DE A. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 103–114, jan. 2018.

DISTRITO FEDERAL. **MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DAS ATIVIDADES DO NÚCLEO DE MEDICINA NATURAL E TERAPÊUTICAS DE INTEGRAÇÃO - NUMENATI**. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de

Atenção à Saúde. Diretoria de Promoção e Assistência à Saúde. Gerência de Recursos Médico Assistenciais. Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração. Brasília: __, 2005.

DISTRITO FEDERAL. **Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde: PDPIS**. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Gerência de Práticas Integrativas em Saúde. Brasília: Fepecs, 2014.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 371, de 03 de junho de 2019. 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. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, DF, Seção 1, p. 10, 07 jun. 2019.

DISTRITO FEDERAL. **Relatório Anual de Gestão 2019** Secretaria de Estado de Saúde, , 2020. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/RAG2019_FINAL.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2021

DOMINGOS, A.; SILVA, L. E. O. TEORIA DO PROGRAMA: O que é, para que serve e quando fazer? □. **9º Congresso Latinoamericano de Ciência Política, organizado pela Associação Latino-americana de Ciência Política**, n. ALACIP, p. 21, 2017.

FLEURY, S.; OVERNEY, A. M. (EDS.). Política de Saúde: uma política social. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2a ed. rev. e ampliada ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012.

GOVERNO DE BRASÍLIA. **PLANO DISTRITAL DE SAÚDE 2016 - 2019**, mar. 2016.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 175, de 03 de setembro de 2009. Denomina Facilitador das Práticas Integrativas de Saúde. **Diário Oficial do Distrito Federal**. Brasília, DF: 177 p.15. 2009.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Programação Anual de Saúde 2016**. Brasília: GDF, 2016.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Programação Anual de Saúde 2017**. Brasília: GDF, 2017.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Programação Anual de Saúde 2018**. Brasília: GDF, 2018.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **PLANO DISTRITAL DE SAÚDE 2020-2023**GDF, , 2019a. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf>. Acesso em: 3 maio. 2021

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Programação Anual de Saúde 2019**. Brasília: GDF, 2019b.

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS. Gabinete Civil da Governadoria. Superintendência de Legislação. Lei Estadual Nº 16.703, de 23 de setembro de 2009. Institui a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares na rede pública estadual de saúde. **Diário Oficial/GO**, Goiânia, GO, p. 01, 01 out. 2009.

LEVITON, L. C. et al. Teaching Evaluation Using Evaluability Assessment. **Evaluation**, v. 4, n. 4, p. 389–409, out. 1998.

LEVITON, L. C. et al. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. **Annual Review of Public Health**, v. 31, n. 1, p. 213–233, mar. 2010.

LOSSO, L. N.; FREITAS, S. F. T. DE. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe3, p. 171–187, set. 2017.

MEDINA, M. G.; GERLUCE ALVES PONTES SILVA; ROSANA AQUINO. Uso de modelos teóricos na avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41–63.

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, v. 38, n. special, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Políticas de Saúde: Metodologias de Formulação**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, 1998.

NASCIMENTO, M. C. DO et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3595–3604, dez. 2013.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional**OMS, , 2000.

Disponível em: <<https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4930s/s4930s.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005**. Genebra: OMS, 2002.

PAIVA, L. F. **Práticas Integrativas e Complementares Exercidas pelos Profissionais de Saúde no Sistema Único de Saúde: uma Revisão Sistemática sem Metanálise**. Florianópolis (SC): UFSC, 2016a.

PAIVA, L. F. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE MESTRADO PROFISSIONAL MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE. p. 177, 2016b.

PEERSMAN, G.; GUIJT, I.; PASANEN, T. **GUIDANCE, CHECKLISTS AND DECISION SUPPORT**. [s.l.] A Methods Lab publication. Overseas Development Institute. London, 2015.

PETERS, D. H. et al. Implementation research: what it is and how to do it. **BMJ**, v. 347, 20 nov. 2013.

RIBEIRO, A. A. **Dilemas na construção e efetivação da política nacional e distrital de práticas integrativas e complementares em saúde**. Master—[s.l.] Universidade de Brasília, 23 fev. 2015.

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)**, v. 7, n. 5, p. 335–341, 2016.

ROSA, J. G. **Grande sertão: Veredas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. **Evaluation: a systematic approach**. 7th ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares/MG: PEPIC**. Coordenadoria de Práticas Integrativas e Complementares/ Gerência de Redes Temáticas/ Superintendência de Atenção à Saúde/ Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: [s.n.].

SHAW, A.; THOMPSON, E. A.; SHARP, D. Complementary therapy use by patients and parents of children with asthma and the implications for NHS care: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 1, p. 76, 1 dez. 2006.

SILVA, R. R. et al. **Avaliação para Negócios de Impacto Social - Guia prático**. São Paulo: Artemisia, 2017.

SOUSA, I. M. C. DE. **Medicinas tradicionais alternativas e complementares e sua estruturação na atenção primária: uma reflexão sobre o cuidado e sua avaliação**. Doutorado—Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

SOUSA, I. M. C. DE; HORTALE, V. A.; BODSTEIN, R. C. DE A. Medicina Tradicional Complementar e Integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3403–3412, out. 2018.

SPADACIO, C. et al. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 7–13, jan. 2010.

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**, v. 42, n. spe1, p. 174–188, set. 2018.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability Assessment of a Survivors of Torture Program: Lessons Learned. **THE CANADIAN JOURNAL OF PROGRAM EVALUATION**, p. 26, 2005.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p. 223–238, ago. 2007.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

WHO QUALITY OF LIFE ASSESSMENT GROUP. What quality of life? / The WHOQOL Group. **World Health Forum** 1996 ; 17(4) : 354-356, 1996.

WHOLEY, J. S. Exploratory Evaluation. In: **Handbook of Practical Program Evaluation**. 3. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO traditional medicine strategy. 2014-2023.**
Geneva: WHO, 2013.

APÊNDICE A - MODELIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DA PDPIS 2014, POR ESTRATÉGIA PROPOSTA NO ESTUDO DE AVALIABILIDADE. DISTRITO FEDERAL, 2021.

OBJETIVO: Regular a atuação com PIS do conjunto de setores e atores do SUS-DF, para atendimento das demandas da comunidade.			
ESTRATÉGIA 1: Ordenamento dos serviços de PIS em toda a rede SUS-DF com normatizações e informações técnicas institucionalizadas.			
Recursos			
<ul style="list-style-type: none"> Definição de objetivos e prioridades Apoio e interesse político e de gestão Demanda popular pelos serviços de PIS Normas externas à SES-DF sobre PIS 		<ul style="list-style-type: none"> Reconhecimento na própria SES da efetividade das PIS no cuidado à saúde. Redes internas de apoio à gestão de PIS, com engajamento dos profissionais. Informações reais sobre situação das PIS, cenário e contexto para implantação (análise swot). Conhecimento técnico e científico sobre PIS para gestores e demais profissionais. 	
Atividades*	Produto*	Resultados das atividades	Mensuração dos resultados
Elaboração, publicação e atualização de documentos técnicos e normativos sobre implantação e operacionalização de PIS no SUS-DF.	Regras para implantação e operacionalização de cada PIS pela SES-DF disponíveis.	Institucionalização das normas e orientações técnicas necessárias ao bom funcionamento dos serviços de PIS.	Conhecimentos dos facilitadores, gestores e sociedade sobre as normas e procedimentos padrão das PIS no SUS-
Divulgação ampla das normas e dos documentos técnicos sobre PIS no SUS-DF.	Rede de saúde informada sobre as normas técnicas e procedimentos operacionais das PIS no SUS-DF.	Instrumentalização da gestão e dos facilitadores de PIS para a implementação, organização e manutenção desses serviços no SUS-DF. Padronização de condutas assertivas nos serviços de PIS das unidades de saúde, resguardadas as peculiaridades de cada serviço e de cada usuário.	Nível de compreensão dos gestores e da rede sobre as normativas e as orientações técnicas para as PIS no SUS-DF.
Inserção das PIS em documento e sistemas de informação da SES-DF, como organograma, regimento interno, linhas de cuidado, fluxos, protocolos, manuais, RENAME, programas de qualidade, projetos, PDS e outros.	Informações sobre PIS disponíveis para o cuidado em saúde no SUS-DF, de forma transversal e intersetorial.	Harmonização das ações de PIS com demais ações de saúde da rede. Transparência na gestão e nas decisões	Abordagem das temáticas de PIS junto aos serviços de saúde, servidores e gestores em geral. Encaminhamentos de outros serviços realizados para as PIS e vice-versa.
Formalização de critérios e competências para habilitação e atuação dos profissionais com PIS na rede SES-DF.	Critérios e competências para atuação com PIS na rede SES-DF estabelecidos e oficializados.	Uniformização do acesso dos profissionais aos cursos de formação em PIS da SES-DF ou aos critérios de validação de habilitação externa.	Acesso aos cursos de habilitação ou validação de conhecimentos apenas por critérios oficiais.
Normatização da gestão central e regionalizada de PIS.	Gestão central e regionalizada de PIS normatizadas.	Gestão em PIS uniforme na rede, de acordo com situação real de oferta e demanda, com	Monitoramento das ações de gestão regional e do cumprimento das PIS incluídas seguindo os critérios e fluxos definidos.
Estabelecimento de critérios e fluxos de análise e inclusão de novas modalidades de PIS no SUS/DF.	Existência de critérios e fluxos claros para inclusão de novas PIS na rede SES-DF.	Novas PIS incluídas com critérios claros e maior segurança.	
Discussão, apreciação e aprovação da PDPIS e de suas reformulações pelo Conselho de Saúde do DF, com posterior publicação.	PDPIS e suas alterações formalizadas e publicadas.	Legitimação da PDPIS e suas atualizações e acesso público ao seu conteúdo.	Número de pessoas que conhecem a política e seu conteúdo.
*Em negrito, atividades com melhor desenvolvimento e os produtos conhecidos.			

OBJETIVO: Gerir a atuação com PIS do conjunto de setores e atores do SUS-DF, para atendimento das demandas da comunidade.

ESTRATÉGIA 2: Fortalecimento da gestão para implantação, monitoramento e avaliação de PIS no SUS-DF.

Recursos			
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento técnico e científico sobre PIS. • Metas claras de curto, médio e longo prazo, objetivos e prioridades • Normas internas de PIS definidas. 		<ul style="list-style-type: none"> • Informações reais sobre situação das PIS, cenário e contexto para implantação (análise swot). • Recursos humanos capacitados • Sistema de informação eficiente para gestão de PIS. 	
Atividades*	Produto*	Resultados para cada ação	Mesuração dos resultados
Realização de atividades de apoio institucional às Regiões de Saúde, inclusive para o processo gradativo de descentralização da gestão em PIS.	Apoio técnico permanente às Regiões de Saúde para implementação da política e descentralização gradativa da gestão em PIS.	Atividades de Gestão em PIS realizadas gradativamente de forma descentralizada com apoio central. Favorecimento da participação social, da estruturação dos serviços e do atendimento às demandas locais. Alinhamento dos níveis de gestão com amparo técnico central, propiciando o monitoramento e a avaliação com uso de metas regionalizadas. Uniformização de algumas ações na rede. Solução conjunta de problemas de implementação da política.	Articulações das regiões com o nível central e com o controle social. Ações regionais que são realizadas de forma organizada, uniformização e monitorada na rede.
Apoio às Farmácias Vivas e aos CERPIS em seus processos de gestão e de aprimoramento de produtos e serviços ofertados.	Farmácias Viva e CERPIS funcionando e ofertando seus produtos e serviços com apoio central.	Gestão central e local articuladas, para manutenção ou ampliação de oferta de produtos e serviços do CERPIS e da Farmácia Viva.	Quais ações foram articuladas entre nível central e local para gestão do CERPIS e das farmácias viva. Quais serviços e produtos são ofertados no CERPIS e nas Farmácias Viva com regularidade.
Promover tecnicamente o desenvolvimento e a utilização de indicadores específicos e apropriados, quantitativos e qualitativos, na gestão da implementação da PDPIS na SES-DF.	Indicadores quantitativos e qualitativos definidos e utilizados para a Gestão apropriada da Implementação da PDPIS.	Gestão da implementação da PDPIS pautada pela realidade, com informações acessíveis para gestão descentralizada. Possibilidade de avaliação de resultados e de atuação do controle social.	Existência dos dados corretos e suficientes nos sistemas de informação eleitos. Pertinência dos indicadores e das metas de gestão. Relatórios elaborados e divulgados para a rede.
Monitoramento regular dos serviços de PIS e de outras informações disponíveis da rede sobre PIS, com uso de parâmetros e mecanismos claros e conhecidos por todos.	Informações sobre PIS da rede conhecidas e disponíveis de maneira clara e uniforme.		
Promover o lançamento oportuno de dados nos sistemas de informação em PIS por toda a rede, para divulgação, monitoramento e participação da comunidade.	Dados de oferta e funcionamento dos serviços de PIS disponíveis em sistemas de informação para amplo uso.		
Aprimoramento da estruturação da GERPIS.	GERPIS com estrutura de profissionais, processos de trabalho, espaços de trabalho, materiais e equipamentos suficientes para execução da implementação da PDPIS.	Organização da estrutura central com viabilização de ações para implementação da PDPIS.	Equipe GERPIS completa, com referência de todas as áreas técnicas (PIS). Processos e fluxos de trabalho da GERPIS definidos. Equipe equipada para o trabalho.
Realização de gestão participativa na elaboração e execução dos planos de ação para desenvolvimento das PIS no SUS-DF.	Planejamento e execução das ações em PIS de forma participativa na gestão da SES-DF.	Melhor planejamento e adequação das ações às necessidades da rede, em todos os níveis de gestão e assistência. Aumento do envolvimento ativo dos servidores da rede com a implementação da PDPIS.	Satisfação dos diferentes níveis de gestão e assistência envolvidos com as ações de PIS realizadas.
Participação dos trabalhadores e gestores das PIS nas Conferências Locais, Regionais, Distrital e Nacional de Saúde.	Servidores envolvidos com PIS no SUS-DF atuantes junto às conferências de saúde.	Apoio político para as PIS. Reivindicação das necessidades da população, levantamento de propostas da comunidade e discussão sobre a importância dos serviços de PIS no SUS DF. Contribuição na troca de saberes e informações sobre propostas, ações na SES e PIS para conferências de saúde. Estímulo à participação social ampliação do controle social. Usuários terão direito de escolher a terapêutica preferida, com respeito à diversidade de cultura e tradições na atenção em saúde, além do modelo biomédico convencional. Estímulo à responsabilização do usuário pelo seu processo de saúde-doença. Atendimento às demanda do controle e à participação social.	Número de trabalhadores ou gestores do SUS-DF participando ativamente nas Conferências Saúde com temas de PIS.
Incentivar a participação de representantes das PIS nos Conselhos de Saúde do DF.	Servidores envolvidos com PIS no SUS-DF atuantes junto aos Conselhos de saúde do DF.		Número de representantes das PIS ativos nos Conselhos de Saúde

*Em negrito, atividades com melhor desenvolvimento e os produtos conhecidos.

OBJETIVO: Educar profissionais para implantação e uso qualificado de PIS no SUS do DF.

ESTRATÉGIA 3: Educação profissional para inclusão estratégica e oportuna das PIS nos serviços de saúde.

Recursos			
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre operacionalização e gestão das PIS • Conhecimento tradicionais e científicos sobre PIS • Recursos humanos e ferramentas para ensino 		<ul style="list-style-type: none"> • Engajamento de pessoas, profissionais, usuários e gestores • Alinhamento com políticas nacional e mundial de PICS • Normatização da atuação com PIS na rede SUS-DF 	
Atividades*	Produto*	Resultados para cada ação	Mesuração dos resultados
Incentivar e apoiar a oferta de disciplinas e cursos de PIS, técnicos, de graduação ou pós-graduação da rede pública.	Oferta de conhecimentos sobre uso efetivo das PIS na formação básica dos profissionais de saúde e de noções de PIS para os demais profissionais.	Difusão estratégica do conhecimento em PIS. Possível aumento de pesquisadores na área. Formação de profissionais educados com ênfase na saúde integral e no uso das PIS como ferramenta de	Uso efetivo das PIS como ferramenta de trabalho ou de autocuidado por profissionais que obtiveram esse conhecimento na formação básica.
Promover intercâmbio de conhecimentos tradicionais, técnicos e científicos em PIS, do âmbito local ao internacional.	Conhecimentos sobre PIS compartilhados do nível local ao internacional.	Ampliação de conhecimentos e compartilhamento amplo de experiências com PIS. Estímulo à implementação e manutenção dos serviços. Divulgação e fortalecimento das PIS. Incentivo ao aprimoramento da prática e valorização do trabalho.	Número de acadêmicos pesquisando ou escrevendo sobre PIS
Estimular pesquisa sobre PIS no SUS-DF.	Mais pessoas interessadas e realizando pesquisa sobre PIS.	Aumento de evidências científicas e do conhecimento científico sobre PIS.	Conhecimentos novos adquiridos e difundidos. Ações ou eventos realizados para essa finalidade.
Divulgar e discutir resultados de pesquisas em PIS em toda a rede SUS-DF.	Conteúdo de pesquisas sobre PIS publicizadas para a rede de saúde SES-DF.	Maior conhecimento e reconhecimento das experiências com PIS por todos. Auxílio aos gestores e profissionais de saúde do SUS na escolha e qualificação de uma forma integrativa de cuidados.	Número de evidências científicas em PIS
Oportunizar espaços de diálogo dos saberes de diferentes grupos, propiciando troca de conhecimentos tradicionais e científicos entre pesquisadores, trabalhadores em saúde, gestores, comunidade em geral, associações e outros.	Novos conhecimentos, novas experiências e também pessoas envolvidos para a gestão participativa, implementação e uso de práticas tradicionais e integrativas em saúde.	Diferentes grupos da sociedade usufruindo e atuando para melhoria das opções e da qualidade de oferta e de uso de PIS no SUS, em harmonia com as práticas locais. Melhoria do acesso a tecnologias de fácil aprendizado para a manutenção e recuperação da saúde do indivíduo.	Nº de servidores que receberam a informação.

*Em negrito, atividades com melhor desenvolvimento e os produtos conhecidos.

OBJETIVO: Educar profissionais para implantação e uso qualificado de PIS no SUS do DF.			
ESTRATÉGIA 4: Habilitação dos profissionais para aplicação dos conhecimentos científico contemporâneo e tradicional de PIS.			
Recursos			
<ul style="list-style-type: none"> Profissionais com conhecimentos técnicos, de educação e de gestão de PIS Recursos materiais, tecnológicos e humanos 		<ul style="list-style-type: none"> Estabelecimento de critérios para habilitação em PIS Apoio e interesse político e de gestão 	
Atividades*	Produto*	Resultados para cada ação	Mesuração dos resultados
Oferta regular de cursos de habilitação para os servidores de saúde da rede SES-DF.	Profissionais de saúde habilitados para a atuação institucional com PIS	Realização de atendimento com PIS por profissionais de saúde habilitados de maneira uniforme pela instituição, de acordo com seus critérios e suas necessidades.	Número de servidores habilitados nos parâmetros da instituição ativos e inativos. Demandas reprimidas para cursos.
Realização de educação permanente para os trabalhadores que atuam com PIS, com base em diagnóstico de necessidades da rede.	Oferta de uma educação permanente aos servidores da rede para atuação com PIS na realidade institucional.	Profissionais com conhecimentos atualizados e apropriados para atuação com PIS na realidade institucional. Aumento da capacidade resolutive dos profissionais nos serviços de PIS. Compartilhamento de experiências e ampliação da autogestão em serviço. Atualização constante de conhecimentos e técnicas pelos instrutores/facilitadores. Maior facilidade na implantação e manutenção dos serviços de PIS.	Resolutividade dos facilitadores para implementação e manutenção da oferta de PIS. Habilidade e segurança técnica dos facilitadores na condução dos serviços de PIS. Atualização dos servidores em relação às normas institucionais e às orientações técnicas para oferta de PIS na
Realizar parcerias técnico-científicas para efetivação de capacitação e de educação permanente.	Projetos de educação em PIS executados com setores ou instituições parceiros.	Ampliação das estratégias de educação e de trabalho com PIS. Aumento na qualidade da educação permanente. Ampliação do número de beneficiados com os conhecimentos técnicos. Aprimoramento dos serviços de PIS da rede SES-DF com adesão à tendências externas de sucesso em contextos semelhantes.	Número de participantes nas EPs. Satisfação dos profissionais com as EPs. Ampliação da oferta de PIS (número de atendimentos, unidades que oferecem e tipos de práticas oferecidas). Melhoria no acesso às PIS. Aprimoramento dos processos de trabalho com PIS implementados.
Apoiar a participação dos trabalhadores que atuam na área das PIS em eventos de caráter técnico-científico.	Participação dos profissionais que atuam com PIS em eventos científicos, com apoio central.	Divulgação de trabalhos científicos internos nos eventos externos. Atuação com PIS pautada em conhecimentos científicos. Valorização das pesquisas locais com PIS. Incentivo à produção científica no DF. Atualização de conhecimentos científicos para rede interna da SES-DF.	Nº eventos técnicos ou científicos com participação de PIS.
Realização estratégica de cursos de PIS para profissionais de outros órgãos ou instituições públicas ou filantrópicas.	Profissionais do setor público ou filantrópico habilitados para atuação com PIS.	Utilização qualificada de PIS em setores públicos ou filantrópicos fora da SES-DF.	Nº de eventos, de participantes e de ações ou serviços de PIS executados.

*Em negrito, atividades com melhor desenvolvimento e os produtos conhecidos.

OBJETIVO: Ofertar serviços de PIS em toda a rede SUS no DF.

ESTRATÉGIA 5: Obtenção de estrutura e condições adequadas para a implementação de PIS.

Recursos			
<ul style="list-style-type: none"> • Orçamento e recursos materiais • Sistema de informação eficientes • Conhecimento das necessidades da rede 		<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento técnico e de gestão • Estruturação dos processos de trabalho, articulando atores, recursos e informações 	
Atividades*	Produto*	Resultados para cada ação	Mesuração dos resultados
Ampliação do número de Farmácias Vivas no SUS-DF.	Mais farmácias vivas disponíveis na rede SES-DF.	Ampliação da disponibilidade de fitoterpicos e plantas medicinais na rede SES-DF.	Número de farmácias-viva na rede SES-DF.
Desencadeamento de processos de compra, reforma ou construção para viabilizar os espaço, equipamentos, materiais e insumos necessários aos serviços de PIS.	Infraestrutura, equipamentos, materiais e insumos necessários para as PIS descritos e solicitados aos setores competentes.	Disponibilidade de insumos para Implantação de novos serviços de PIS e para melhoria da estrutura de atendimento dos já existentes.	Unidades de saúde que oferecem estruturas adequadas para oferta de PIS c/ qualidade e segurança
Articulação para a criação de CERPIS em todas as Regiões de Saúde do DF.	Setores potencialmente envolvidos na criação de novos CERPIS cientes e mobilizados.	Proposta para criação de novos CERPIS iniciada, documentada e articulada com todos os setores envolvidos, visando à ampliação da assistência, do ensino, da pesquisa e da gestão descentralizada em PIS, com ampliação de acesso aos usuários e da participação social.	Projetos completos para novos CERPIS elaborados. Projetos de novos CERPIS executados.
Padronização e cadastramento dos equipamentos, materiais e insumos necessários às PIS na SES- DF.	Equipamentos, materiais e outros insumos necessários à oferta de PIS padronizados e cadastrados.	Processos de licitação e aquisição de produtos para as PIS viabilizados para compra regular e uniforme na rede.	Realização ou não dos processos de aquisição regular com insumos e equipamentos padronizados.
Disponibilizar orçamento público ou outras fontes de recursos financeiros necessários à implantação e implementação da Política Distrital de PIS.	Disponibilidade de recursos financeiros para desenvolvimento das ações de implementação da PDPIS.	Possibilidade de realização de ações, compras, reformas, construções, parcerias e contratações pertinentes para implementação da PDPIS com qualidade e segurança.	Número de ações, compras, reformas, construções, parcerias e contratações realizadas para implementação da PDPIS, com recurso financeiro obtido.

*Em negrito, atividades com melhor desenvolvimento e os produtos conhecidos.

OBJETIVO: Ofertar serviços de PIS em toda a rede SUS no DF.

ESTRATÉGIA 6: Trabalho em rede para subsidiar, ampliar e aprimorar a oferta de serviços de PIS no SUS-DF.

Recursos			
<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos com conhecimentos sobre PIS <ul style="list-style-type: none"> Identificação ou formação de rede de apoio Níveis de gestão formalizados e organizados 		<ul style="list-style-type: none"> Conhecimento e desejo da comunidade sobre as práticas como tecnologias de cuidado Participação da comunidade Reconhecimento dos servidores sobre o uso das PIS no cuidado à saúde 	
Atividades*	Produto*	Resultados para cada ação	Mesuração dos resultados
Apoio à atuação voluntária na área das PIS, em projetos formalizados de parceria, segundo normas vigentes.	Atuação voluntária em PIS na rede SES-DF formalizada.	Possibilidade de ampliação da oferta de serviços de PIS na rede SES-DF e de aumento da participação da comunidade na implementação da política. Melhoria do acesso a tecnologias de fácil aprendizado para a manutenção e recuperação da saúde do indivíduo.	Nº de serviços de PIS ofertados por voluntários na rede SES-DF.
Construir coletivamente ações que integrem a PDPIS e outras políticas públicas e sociais.	Diferentes políticas públicas integradas na construção coletiva de ações de saúde.	Ampliação da possibilidade de atendimento integral ao indivíduo e de acesso do indivíduo ao conjunto de políticas públicas. Capilarização da temática de PIS em outros setores. Usuários terão direito de escolher a terapêutica preferida, com respeito à diversidade de cultura e tradições na atenção em saúde, além do modelo biomédico convencional.	Diversificação de locais de atendimento individual ou coletivo com PIS ao público em geral.
Orientar tecnicamente e apoiar a implantação e implementação dos serviços de PIS junto à rotina dos demais serviços da rede de saúde, nos três níveis de atenção.	Serviços de PIS introduzidos nas rotinas dos serviços de saúde com harmonia, qualidade e segurança.	Ampliação e manutenção, a longo prazo, da oferta de serviços aos usuários. Usuários terão direito de escolher a terapêutica preferida, com respeito à diversidade de cultura e tradições na atenção em saúde, além do modelo biomédico convencional. Melhoria do acesso a tecnologias de fácil aprendizado para a manutenção e recuperação da saúde do indivíduo. Melhora na saúde do trabalhador. Satisfação do servidor. Valorização do cuidado multiprofissional.	Nº de serviços em funcionamento harmônico com outras rotinas institucionais.
Articulação para o cultivo biodinâmico e criação de hortos comunitários ou agroflorestas com espécies medicinais e outros arranjos produtivos locais.	Engajamento de pessoas e grupos para o cultivo biodinâmico em hortos ou agroflorestas com apoio da SES-DF.	Criação e manutenção de hortos comunitários para promoção da saúde, educação comunitária em saúde, resgate de matrizes culturais e inovação e transferência de tecnologia. Ampliação da oferta de insumos para produção de medicamentos fitoterápicos ou de plantas medicinais para a comunidade.	Número de hortos comunitários criados e mantidos em parceria com cooperativas, associações de produtores, etc., que receberam apoio da GERPIS.
Envolver diferentes grupos de pessoas, setores, entidades, órgãos públicos, organizações, empresas e outros na implementação da PDPIS.	Diferentes pessoas, grupos e setores da sociedade envolvidos com a implementação da PDPIS.	Melhor planejamento e adequação das ações às necessidades da população. Maior estímulo da população e de toda a rede para o exercício de cidadania. Potencialização do uso oportuno das PIS. Melhoria do acesso a tecnologias de fácil aprendizado para a manutenção e recuperação da saúde do indivíduo. Estímulo à responsabilização do usuário pelo seu processo de saúde-doença. Atendimento às demandas do controle e à participação social.	Número de grupos envolvidos nas diversas ações de implementação da PDPIS e quantidade de ações com envolvimento de diferentes grupos.

*Em negrito, atividades com melhor desenvolvimento e os produtos conhecidos.

OBJETIVO: Garantir acesso amplo ao conhecimento e aos serviços de PIS disponíveis pelo SUS no DF.

ESTRATÉGIA 7: Garantia de acesso amplo aos conhecimentos sobre as PIS.

Recursos			
<ul style="list-style-type: none"> Profissionais habilitados em PIS e em gestão de PIS Engajamento de pessoas, profissionais, usuários e gestores <ul style="list-style-type: none"> Apoio e interesse político e de gestão Recursos materiais e humanos 		<ul style="list-style-type: none"> Estruturação dos processos de trabalho, articulando atores, recursos e informações. <ul style="list-style-type: none"> Gestão da implementação das PIS no com atribuições definidas claramente Harmonização da oferta de PIS com serviços já existentes na rede 	
Atividades*	Produto*	Resultados para cada ação	Mesuração dos resultados
Promover a divulgação da PDPIS na SES/DF e no âmbito dos demais serviços públicos do DF, viabilizando material didático ou informativo em PIS.	Demais serviços públicos do DF (além da SES) com conhecimentos sobre uso das PIS.	Divulgação e fortalecimento das PIS. Apoio interinstitucional. Ampliação do conhecimento sobre a política por todos. Fortalecimento da rede. Melhoria do acesso a tecnologias de fácil aprendizado para a manutenção e recuperação da saúde do indivíduo.	Categorias profissionais atuantes em cada modalidade de PIS.
Oferta de cursos livres de PIS para a comunidade.	Cursos livres de PIS disponíveis para a comunidade.	População habilitada para uso dos conhecimento de PIS na vida cotidiana. Oferta de terapêutica e cuidado focados no indivíduo e não em doenças, para promoção do autocuidado e do protagonismo do sujeito enquanto provedor e mantenedor de saúde individual e coletiva, com autonomia sobre o seu processo de adoecimento e de busca pelo equilíbrio saudável. Integralidade na atenção à saúde. Melhoria do acesso a tecnologias de fácil aprendizado para a manutenção e recuperação da saúde do indivíduo. Estímulo à responsabilização do usuário pelo seu processo de saúde-doença. Melhoria de resultados na prevenção de doenças. Empoderamento da pessoa para que seja proativa em sua saúde e autocuidado, bem como promotora de cuidado na família e sociedade.	<p>Demandas, iniciativas, ações e melhorias oriundas da participação social.</p> <p>Quantidade e qualidade de informações úteis disponíveis em setores fora da SES-DF.</p> <p>Aumento das demandas ou ampliação de serviços.</p>
Participação em eventos que possibilitem a divulgação ampla de conhecimentos, experiências e serviços de PIS disponíveis no SUS-DF.	Experiências, conhecimento e informações sobre as PIS divulgadas em eventos em geral.	Ampliação do acesso a experiências e informações sobre o uso e a oferta de PIS no SUS-DF. Estímulo à responsabilização do usuário pelo seu processo de saúde-doença.	Número de eventos, de PIS e de participantes envolvidos.
Manutenção das informações de PIS nas divulgações oficiais da SES/DF ou nos veículos oficiais de informação.	Informações das PIS no site da SES e e outras divulgações oficiais do governo.	Visibilidade maior das informações, normas e dos eventos de PIS, para toda a rede. Melhoria do acesso a tecnologias de fácil aprendizado para a manutenção e recuperação da saúde do indivíduo. Facilitação da participação da comunidade.	Número de informações ou notícias veiculadas em canais oficiais do governo.
Uso da identidade visual das PIS em documentos, eventos e divulgação de serviços de PIS.	Incremento na divulgação das PIS com uso da identidade visual.	Maior facilidade da população e dos servidores identificarem e acessarem a informação sobre as PIS.	Percentual das divulgações feitas sobre PIS com uso da identidade visual.

*Em negrito, atividades com melhor desenvolvimento e os produtos conhecidos.

OBJETIVO: Garantir acesso amplo ao conhecimento e aos serviços de PIS disponíveis pelo SUS no DF.			
ESTRATÉGIA 8: Garantia de acesso amplo aos serviços de PIS disponíveis pelo SUS no DF.			
Recursos			
<ul style="list-style-type: none"> • Profissionais habilitados em PIS e em gestão de PIS • Engajamento de pessoas, profissionais, usuários e gestores <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de informação eficiente • Interesse da população e dos conselhos de saúde 		<ul style="list-style-type: none"> • Ter uma visão realista do cenário para a implementação da política (análise swot) • Conhecimento e apropriação da sociedade sobre os benefícios das PIS, com iniciativas da população para torná-las imunes à ciclicidade das mudanças governamentais 	
Atividades*	Produto*	Resultados para cada ação	Mesuração dos resultados
Envolver todas as categorias profissionais nos serviços de PIS, resguardadas as competências profissionais legais.	PIS executadas pela equipe multiprofissional.	Aumento da oferta de serviços de Acupuntura na SES e ampliação do acesso dos usuários a este e a outros serviços de PIS. Usuários terão direito de escolher a terapêutica preferida, com respeito à diversidade de cultura e tradições na atenção em saúde, além do modelo biomédico convencional. Melhoria do acesso a tecnologias de fácil aprendizado para a manutenção e recuperação da saúde do indivíduo. Melhora na saúde do trabalhador. Satisfação do servidor. Valorização da equipe multiprofissional. Humanização da oferta de serviços. Melhoria de resultados na prevenção de doenças e intervenção em crises no indivíduo.	<p>Categorias profissionais atuantes em cada modalidade de PIS.</p> <p>Demandas, iniciativas, ações e melhorias oriundas da participação social.</p>
Fomentar a participação da comunidade no âmbito das PIS com foco na promoção em saúde individual e coletiva.	Participação e controle social ativos na gestão das PIS no SUS-DF e na promoção de saúde individual e coletiva.	Apoio da comunidade e atendimento de suas demandas. Maior participação da população nas decisões e reivindicações relacionadas às PIS no SUS, favorecendo o exercício de cidadania. Usuários terão direito de escolher a terapêutica preferida, com respeito à diversidade de cultura e tradições na atenção em saúde, além do modelo biomédico convencional. Estímulo à responsabilização do usuário pelo seu processo de saúde-doença. Promoção de corresponsabilidade dos usuários, trabalhadores e gestores nos processos de gestão de PIS e na saúde individual e coletiva.	número de cursos, de PIS e de participantes envolvidos.
Oferta de vivências ou atendimentos com PIS para públicos desassistidos pelos serviços implementados nas unidades de saúde da rede SES-DF.	Atendimentos ou vivências em PIS direcionada para públicos específicos	Ampliação do acesso ao atendimento ou à experimentação das PIS para públicos desassistidos pela rede. Melhoria do acesso a tecnologias de fácil aprendizado para a manutenção e recuperação da saúde do indivíduo. Empoderamento da pessoa para que seja proativa em sua saúde e autocuidado, bem como promotora de cuidado na família e sociedade.	Número de atendimentos e de pessoas envolvidas.
Oferta de PIS com regularidade nas unidade de saúde da rede SUS-DF.	Unidades de saúde da rede SES-DF com alguma modalidade de PIS ofertada com regularidade.	Ampliação das opções terapêuticas em unidades que não tem PIS e ampliação do acesso da população a esses serviços. Usuários terão direito de escolher a terapêutica preferida, com respeito à diversidade de cultura e tradições na atenção em saúde, além do modelo biomédico convencional. Oferta de terapêutica e cuidado focados no indivíduo e não em doenças, para promoção do autocuidado e do protagonismo do sujeito enquanto provedor e mantenedor de saúde individual e coletiva, com autonomia sobre o seu processo de adoecimento e de busca pelo equilíbrio saudável. Integralidade na atenção à saúde. Melhoria do acesso a tecnologias de fácil aprendizado para a manutenção e recuperação da saúde do indivíduo. Melhora na saúde do trabalhador. Satisfação do servidor. Valorização da equipe multiprofissional. Humanização da oferta de serviços. Melhoria de resultados na prevenção de doenças e intervenção em crises no indivíduo.	Número de unidades de saúde da rede SES-DF que possuem ao menos uma PIS ativa.
Ampliação de modalidades de PIS, horários e espaços (inclusive virtuais) de oferta em toda a rede SUS-DF.	Maior disponibilidade de PIS nas unidades de saúde da rede SUS-DF.	Ampliação do acesso da população aos serviços de PIS nos diversos pontos da rede. Melhoria no autocuidado dos indivíduos e repercussão nas condições de saúde. Melhoria do acesso a tecnologias de fácil aprendizado para a manutenção e recuperação da saúde do indivíduo. Ampliação da oferta das PIS no território. Aumento da cobertura da atenção à saúde. Ampliação de ações que respondam às necessidades sociais da população. Maior acesso da comunidade aos serviços para a saúde. Melhoria de resultados na prevenção de doenças e intervenção em crises no indivíduo.	Número de usuários de cada serviço de PIS da rede. Condições de saúde dos usuários dos serviços e de não usuários.

*Em negrito, atividades com melhor desenvolvimento e os produtos conhecidos.

APÊNDICE B - ESTRATÉGIAS DA PDPIS NÃO DESENVOLVIDAS, SEGUNDO EQUIPE GERPIS. DF, 2021.

Atividade	Observações
Criar cargos no quadro de pessoal da SES/DF para especialistas em Arteterapia, Farmácia Homeopática, Medicina Antroposófica e Musicoterapia.	Depende de recursos financeiros e elevado esforço.
Apoiar a inserção de novas modalidades por meio da instalação de Observatórios, regulamentando sua implantação e funcionamento.	Depende de recursos humanos. Será considerada quando construídos novos CERPIS. A oferta de modalidades de PIS não institucionalizadas podem ser registradas pelo profissional juntamente com as demais.
Manter atualizado o Manual de Normas e Procedimentos Técnicos e Operacionais das PIS, como documento orientador, unificando o exercício das PIS no âmbito do SUS/DF.	Nunca atualizado desde 2005. Está em fase preliminar a elaboração de outros documentos voltado para implementação das PIS no contexto do DF.
Incluir a assistência farmacêutica homeopática, antroposófica e fitoterápica na Política de Assistência Farmacêutica no SUS/DF.	Não há essa política no DF. Outras ações normativas são realizadas para fitoterápicos.
Incentivar, prioritariamente, a implantação de farmácias públicas de manipulação de medicamentos homeopáticos, antroposóficos e fitoterápicos.	Ação não prioritária e com elevado esforço necessário.
Incentivar estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia.	Ação intersetorial.

Atividade	Observações
Promover a criação de linha de pesquisa específica para as PIS e identificar possibilidades de financiamento junto aos organismos governamentais e não governamentais.	Ação intersetorial.
Exercer vigilância sanitária sobre a produção, transporte, armazenagem, comercialização, distribuição de insumos, manipulação e dispensação dos medicamentos homeopáticos, antroposóficos e fitoterápicos, de acordo com a legislação vigente.	Ação intersetorial.
Regulamentar o controle da segurança e qualidade de medicamentos homeopáticos, antroposóficos e fitoterápicos e adotar decisões regulatórias e medidas sanitárias pertinentes.	Ação intersetorial.
Coletar, analisar, investigar e monitorar notificações de suspeitas de eventos adversos relacionados com medicamentos da área das PIS.	Ação intersetorial.
Realizar, periodicamente, um evento de abrangência distrital, precedido de encontros setoriais e regionais, para discutir e avaliar a Política Distrital de PIS.	Necessita de recursos humanos e ações interssetoriais. A GERPIS prioriza participação em eventos diversos em vez de promoção de eventos específicos.
Realizar monitoramento periódico dos Observatórios em PIS, visando avaliar seu impacto, relevância, viabilidade, sustentabilidade, segurança, aceitação pela população e satisfação dos usuários.	Não há observatórios de PIS no DF.

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE PERGUNTAS UTILIZADO PARA CONSULTA AOS STAKEHOLDERS.

30/10/2020

Avaliabilidade da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde na Perspectiva da Implementação na Atenção Primária

2. Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar. *

Marcar apenas uma oval.

- SIM
 NÃO *Pular para a seção 4 (CONCLUÍDO COM SUCESSO!)*

Parte 1 - Identificação do perfil do participante

3. Sua data de nascimento

Exemplo: 7 de janeiro de 2019

4. Seu sexo

Marcar apenas uma oval.

- Feminino
 Masculino
 Prefiro não dizer

5. Seu maior nível de escolaridade completo

Marcar apenas uma oval.

- Ensino fundamental
 Ensino médio
 Ensino superior
 Especialização
 Mestrado
 Doutorado

6. Sua formação profissional principal

7. Total, em anos, de seus vínculos de trabalho com a SES ou Conselho de Saúde (somente números):

8. Seu cargo ou função de vínculo atual com a SES ou Conselho de Saúde:

30/10/2020

Avaliabilidade da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde na Perspectiva da Implementação na Atenção Primária

9. Você tem formação/habilitação para ser facilitador ou instrutor ou terapeuta de uma ou mais dessas práticas integrativas?

Marque todas que se aplicam.

- Ayurveda
- Hatha Yoga
- Laya Yoga
- Shantala
- T.R.E. (redução de estresse)
- TCI (terapia comunitária)
- Lian Gong
- Tai Chi Chuan
- Automassagem
- Reiki
- Fitoterapia ou plantas medicinais
- Terapias antroposóficas
- Meditação
- Acupuntura
- Musicoterapia
- Arteterapia
- Homeopatia
- Não. Nenhuma.

Outro: _____

10. Você atua profissionalmente aplicando alguma dessas práticas integrativas?

Marque todas que se aplicam.

- Ayurveda
- Hatha Yoga
- Laya Yoga
- Shantala
- T.R.E. (redução de estresse)
- TCI (terapia comunitária)
- Lian Gong
- Tai Chi Chuan
- Automassagem
- Reiki
- Fitoterapia ou plantas medicinais
- Terapias antroposóficas
- Meditação
- Acupuntura
- Musicoterapia
- Arteterapia
- Homeopatia
- Não. Nenhuma.

Outro: _____

30/10/2020

Avaliabilidade da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde na Perspectiva da Implementação na Atenção Primária

11. Você já foi ou ainda é usuário ou praticante de prática integrativa em saúde? Quais?

Marque todas que se aplicam.

- Ayurveda
 Hatha Yoga
 Laya Yoga
 Shantala
 T.R.E. (redução de estresse)
 TCI (terapia comunitária)
 Lian Gong
 Tai Chi Chuan
 Automassagem
 Reiki
 Fitoterapia e plantas medicinais
 Terapias antroposóficas
 Meditação
 Acupuntura
 Musicoterapia
 Arteterapia
 Homeopatia
 Não. Nenhuma.

Outro: _____

12. Você é ou já foi usuário de alguma PIS na rede de saúde pública do DF? (acupuntura, Arteterapia, automassagem, fitoterapia e plantas medicinais, hatha yoga, homeopatia, lian gong em 18 terapias, terapias Antroposóficas, meditação, musicoterapia, reiki, Shantala, tai chi chuan, terapia comunitária integrativa, laya yoga, Técnica de Redução de Estresse® - TRE - ou ayurveda)

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

13. Atualmente, qual sua atuação em relação às PIS na SES?

Marcar apenas uma oval.

- Gestor central de saúde/APS
 Gestor regional de saúde/APS
 Gestor central de PIS (equipe GERPIS)
 Facilitador de PIS
 Conselho de Saúde

Parte 2 - Implementação da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS)

30/10/2020

Avaliabilidade da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde na Perspectiva da Implementação na Atenção Primária

14. 1 - Quais seus principais interesses em relação a implementação da PDPIS no DF? (marque até 5)

Marque todas que se aplicam.

- Melhorar a gestão do sistema de saúde
- Melhorar a qualidade de vida dos usuários do SUS
- Aumentar a satisfação dos usuários com o serviço de saúde
- Ajudar a resolver os problemas de saúde dos usuários
- Trazer economia para a gestão da saúde
- Oferecer mais opções de cuidado e tratamento aos usuários do SUS
- Aumentar acesso a opções terapêuticas
- Promover o autocuidado dos indivíduos
- Prevenir agravos específicos de saúde na população
- Promover saúde
- Reduzir demandas nas unidades de saúde
- Participação das PIS em eventos
- Não tenho interesse
- Prefiro que a PDPIS não seja implementada

Outro: _____

15. 2 - Você implementaria outras PIS além das já implantadas no seu âmbito?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não tenho condições de responder

16. 3 - A qual público se destina a PDPIS, na sua opinião? (resposta múltipla)

Marque todas que se aplicam.

- População saudáveis em geral
- Grupos com determinadas vulnerabilidades
- Grupos de risco para determinadas doenças
- Pessoas com doenças agudas específicas
- Pessoas com doenças crônicas específicas
- Não sei

Outro: _____

30/10/2020

Avaliabilidade da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde na Perspectiva da Implementação na Atenção Primária

17. 4 - Com a PDPIS se espera contribuir para aumentar a resolubilidade do Sistema e ampliar o acesso às PIS, com qualidade, eficácia, eficiência e segurança. Você concorda?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Não concordo nem discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

18. 5 - Com a PDPIS se espera desenvolver as PIS no SUS/DF, em todos os níveis de atenção à saúde. Você concorda?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Não concordo nem discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

19. 6 - Com a PDPIS se espera racionalizar as ações em saúde - estímulo a alternativas inovadoras e socialmente contributivas - desenvolvimento sustentável da comunidade. Você concorda?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Não concordo nem discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

20. 7 - Com a PDPIS se espera promover o envolvimento responsável, ético e continuado dos usuários, trabalhadores e gestores com PIS no SUS-DF. Você concorda?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Não concordo nem discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

30/10/2020

Avaliabilidade da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde na Perspectiva da Implementação na Atenção Primária

21. 8 - Com a PDPIS se espera ampliar o acesso ao controle e à participação social, fomentando espaços para o exercício da cidadania. Você concorda?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
 Discordo parcialmente
 Não concordo nem discordo
 Concordo parcialmente
 Concordo totalmente

22. 9 - O que você avaliaria com prioridade em relação à implantação da PDPIS? (marque até 3)

Marque todas que se aplicam.

- Se houve a implantação prevista
 O que já foi feito (oferta, experiências)
 Disponibilidade de recursos necessários para execução
 Factibilidade dos diferentes serviços de PIS
 Planejamento, concepção, fundamentação da política
 Normatização relacionada às PIS
 Conhecimento científico relacionado às PIS
 Diferenças entre locais de implantação, pontos fortes e fracos
 Operacionalização e aprimoramento dos serviços de cada PIS
 Possibilidades ou efetividade de tentativas de melhoria/aperfeiçoamento
 Necessidades do público alvo (demandas)
 Quanto cada serviço é procurado ou atinge o público alvo
 Se Política produz efeitos esperados e inesperados (curto, médio ou longo prazo)
 Efeitos da implantação de cada PIS
 Elementos necessários para eficácia da Política ou de cada PIS
 Contexto favorável ou não e obstáculos à implementação
 Orçamento ou financiamento da política
 Arcabouço conceitual vinculados às práticas integrativas
 Custo-benefício das práticas
 Formação profissional para PIS
 Regulamentação profissional para PIS
 Saberes populares relacionados

Outro: _____

30/10/2020

Avaliabilidade da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde na Perspectiva da Implementação na Atenção Primária

23. 10. Quais as relações ou parcerias estão estabelecidas para gestão e implantação das PIS no seu âmbito de atuação?

Marque todas que se aplicam.

- Escolas
- Creches
- Igrejas
- Associações
- Outros grupos comunitários
- Outras unidades de saúde
- Universidades
- Outras instituições filantrópicas
- Outras instituições privadas
- Outros serviços públicos
- Outras Secretarias (ex.: educação, cultura)
- Não há qualquer parceria

Outro: _____

24. 11. As facilidades que você observa hoje na implantação de PIS estão relacionadas a que ?

Marque todas que se aplicam.

- Normas técnicas
- Normas administrativas
- Pesquisa/conhecimento científico
- Insumos/material de trabalho
- Habilitação em PIS
- Estrutura física
- Estrutura organizacional
- Usuários do serviço
- Orçamento
- Apoio da equipe local
- Apoio técnico
- Parcerias intersetoriais ou interinstitucionais
- Monitoramento e avaliação
- Saberes populares
- Recursos humanos em PIS
- Outros recursos humanos
- Não há facilidades

Outro: _____

30/10/2020

Avaliabilidade da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde na Perspectiva da Implementação na Atenção Primária

25. 12. As dificuldades que você observa hoje na implantação de PIS estão relacionadas a que?

Marque todas que se aplicam.

- Normas técnicas
- Normas administrativas
- Pesquisa/conhecimento científico
- Insumos/material de trabalho
- Habilitação em PIS
- Estrutura física
- Estrutura organizacional
- Usuários do serviço
- Orçamento
- Apoio da equipe local
- Apoio técnico
- Parcerias intersetoriais ou interinstitucionais
- Monitoramento e avaliação
- Saberes populares
- Recursos humanos em PIS
- Outros recursos humanos
- Não há dificuldades

Outro: _____

26. 13. Existem profissionais que dificultam voluntariamente a implantação da PDPIS no seu local/âmbito de trabalho?

Marcar apenas uma oval.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

27. 14. Você diria que a comunidade de alguma forma ajuda na implementação de PIS no Distrito Federal (por exemplo por meio de iniciativas populares, demanda por novos serviços, doação ou empréstimo de locais ou insumos para realização de PIS, utilização de materiais próprios não fornecidos pela unidade de saúde, apoio na divulgação, busca por espaços apropriados, organização de espaços) ?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não tenho como responder

30/10/2020

Avaliabilidade da Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde na Perspectiva da Implementação na Atenção Primária

28. 15. O que mais você gostaria de expressar livremente sobre a implementação da Política Distrital de Práticas Integrativas?

CONCLUÍDO COM SUCESSO!

Agradecemos a sua participação.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários