

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
Mestrado Acadêmico

Francisco de Assis Silva Santos

**Análise da Política de Práticas Integrativas  
e Complementares no Recife**

RECIFE  
2010

**FRANCISCO DE ASSIS SILVA SANTOS**

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E  
COMPLEMENTARES NO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Idê Gomes Dantas Gurgel

**RECIFE**

**2010**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

---

S237a Santos, Francisco de Assis Silva.

Análise da política de práticas integrativas e complementares no Recife/ Francisco de Assis Silva Santos. — Recife: F. de A. S. Santos, 2010.

133 f.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel.

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Políticas de Saúde. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 4. Medicina Tradicional. I. Gurgel, Idê Gomes Dantas. II. Título.

---

CDU 614.2

**FRANCISCO DE ASSIS SILVA SANTOS**

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E  
COMPLEMENTARES NO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovado em: 19/05/2010

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Idê Gomes Dantas Gurgel**  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Adriana Falangola B. Bezerra**  
Departamento de Medicina Social/ Universidade Federal Pernambuco

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Garibaldi Dantas Gurgel Júnior**  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

*Dedico este trabalho ao apoio incondicional de toda a minha família.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a meus pais, pelo apoio incondicional, a Juliana, João Victor e Júlia por sempre acreditarem em mim.

Agradeço a minha irmã, sogros, cunhadas e concunhados pelo suporte nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

Um especial agradecimento a minha orientadora Idê e minha coorientadora\coautora, Islândia, por sempre estarem a postos quando eu mais precisei, por me aconselharem, acreditarem, corrigirem e confiarem no meu trabalho.

Aos professores Joaquim Sérgio e Gisele Campozana, por terem me apoiado nos primeiros passos da vida acadêmica e da Saúde Pública.

Obrigado professora Lia Giraldo por ter me mostrado que posso ser da academia sem deixar de ter um olhar do serviço.

Tenho muito que agradecer a todo o Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães por todo o suporte e condições oferecidas para que eu e todos os que passam por ele consigam concretizar seus sonhos.

Agradeço aos meus colegas de especialização, mestrado e também a todos os meus companheiros de trabalho por todos os momentos de aprendizado e companheirismo que passamos juntos.

Muito obrigado ao pesquisador e amigo professor Petrônio Martelli por me fazer acreditar que posso chegar mais longe e por me fazer ter fé cada dia mais na saúde pública.

Agradeço aos meus colegas de viagem e parceiros de pesquisa por podermos desfrutar de momentos tão especiais de profundo enriquecimento acadêmico, profissional e pessoal.

Sou grato à professora Adriana Falangola e ao professor Antônio Carlos Espírito Santo por terem aberto não só o departamento de medicina social, por meio da disciplina de programação de saúde, mas também por terem me recebido de portas abertas em todos os momentos que deles precisei.

Serei eternamente grato às instituições e alunos que tive acesso e pude conviver durante esses anos.

SANTOS, Francisco de Assis Silva. **Análise da política de Práticas Integrativas em Recife.** 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

## RESUMO

No Brasil, desde a década de 1980, há serviços de práticas integrativas no SUS, no entanto apenas em 2006 foi publicada uma Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). No nordeste, Recife foi pioneiro no desenvolvimento de uma política de práticas alternativas, ainda no ano de 2004, com a inauguração da Unidade de Cuidados Integrados em Saúde Guilherme Abath (UCIS). O presente estudo analisou o processo de implementação da política de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no SUS do Recife. Utilizou-se o método de análise de política desenvolvido por Walt e Gilson (1994) e Araújo Maciel Filho (2001). Foram utilizados dados primários coletados por meio de entrevistas e análise das atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) no período de 2004 a 2009; dados secundários colhidos nos bancos de dados do Ministério da Saúde e pesquisa documental em diversas fontes. O contexto para a inserção das PIC no SUS do Recife é favorável, há inserção de diversos atores sensíveis as PIC em pontos estratégicos da gestão municipal; o processo de elaboração da política aconteceu de maneira *top down*, isto é, a formulação e implantação foi feita por gestores do alto escalão; o conteúdo da política é bastante limitado devido a sua fragilidade institucional e falta de regulamentação; houve pouca participação social durante todo o processo da política, o que se refletiu na falta de discussão da política no CMS, e a pouca participação do coletivo dos trabalhadores de saúde do município nas discussões da política. Para a legitimação e fortalecimento da PIC será necessária a incorporação do tema no discurso da sociedade, dos profissionais de saúde e gestores, além de uma avaliação dos impactos da implantação da UCIS para a qualidade de vida dos usuários do serviço.

**Descritores:** Assistência Integral à Saúde. Políticas de Saúde. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Medicina Tradicional.

SANTOS, Francisco de Assis Silva. **Policy Analysis of Integrative Practices in Recife.** 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

## **ABSTRACT**

In Brazil since the 1980s there services integrative practices in the SUS, however only in 2006 were published a National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC). In the Northeast, Recife has pioneered the development of a policy of practical alternatives, even in 2004, with the inauguration of the Unit of Integral Health Care Guilherme Abath (UCIS). This study examined the process of implementing a policy of Complementary and Integrative Practices (CIP) in the SUS of Recife. We used the method of policy analysis developed by Walt and Gilson (1994) and Araujo Maciel Filho (2001). We used primary data collected through interviews and analysis of the minutes of the Municipal Health Council (CMS) in the period 2004 to 2009, secondary data collected in the databases of the Ministry of Health and documentary research from several sources. The context for the insertion of PIC in SUS Reef is favorable, there are several players entering the sensitive peak at strategic points of the municipal administration, the process of formulating policy happened in a top down, the formulation and implementation was done by senior managers, the content of politics is quite limited due to their fragility and lack of regulation, there was little social participation throughout the policy process, which was reflected in the lack of discussion of politics in CMS, and low participation the collective of health workers of the municipality in discussions of politics. To legitimize and strengthen the PIC will be required to incorporate the theme in the discourse of society, health professionals and managers, as well as an assessment of the impacts of the implementation of UCISfor the quality of life of service users.

**Key Words:** Comprehensive Health Care. Health Policy Program Evaluation. Traditional Medicine.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Um modelo de análise de políticas de saúde	52
Figura 2- Organização de categorias de indivíduos para análise de atores segundo interesse e poder	59
Figura 3- Mapa de Recife com suas Regiões político-administrativas e Microrregiões	64
Quadro 1- Perfil dos entrevistados	67
Quadro 2- Perfil dos participantes dos grupos focal de profissionais	67
Quadro 3- Documentos que foram utilizados no levantamento documental	69
Quadro 4 - Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e a Descrição Essencial.	70
Quadro 5 -Estrutura para análise do contexto em um processo maior de análise de política	72
Figura 4- Organização de categorias de indivíduos para análise de atores segundo interesse e poder	74
Gráfico 1- Crescimento do PIB de Recife entre os anos de 2003 e 2007.	80
Gráfico 2- PIB per capita em Recife entre 2003 e 2007.	81
Gráfico 3- População de Recife por sexo (2009).	83
Gráfico 4- População de Recife por faixa etária e sexo (2009).	84
Gráfico 5- Valor repassado ao município pelos atendimentos em acupuntura	90
Gráfico 6- Valor repassado ao município pelos atendimentos em Homeopatia.	91
Gráfico 7- Atendimentos em acupuntura e Homeopatia em Recife, entre 2004 e 2009.	94
Figura 5 - Mobilização dos atores das políticas de práticas integrativas no Recife segundo interesse e poder.	107

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Atas do Conselho Municipal de Saúde	68
Tabela 2 - Crescimento econômico do Brasil e de Pernambuco, entre 2004 e 2009	80
Tabela 3 - Repasse de recursos para a saúde, em Recife, segundo a EC 29	81
Tabela 4 - Despesa com saúde em Recife, entre os anos de 2004 e 2009	82
Tabela 5 - Gastos públicos com saúde em Recife	82
Tabela 6 - Gastos sociais <i>per capita</i> do governo municipal do Recife em 2007	84
Tabela 7 - Taxa de desemprego na região metropolitana do Recife e Brasil	85
Tabela 8 - Índice de Desenvolvimento Humano e índice de gini em Recife, Pernambuco, nordeste e Brasil.	85
Tabela 9 - Estabelecimentos de saúde em Recife, 2010	93

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONDEPE\FIDEM	Agência Estadual de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco
DATASUS	Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IHB	Instituto Hahnemanniano Brasileiro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MA	Medicina Alternativa
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
MT	Medicina Tradicional
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	Prefeitura da Cidade do Recife
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar

PNFM	Política Nacional de Medicamentos Fitoterápicos
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
RENISUS	Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS
RIPSA	Rede Interagencial de Informação para Saúde
RMR	Região Metropolitana do Recife
SIOPS	Sistema de Informação Sobre Orçamento Público
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UCIS	Unidade de Cuidados Integrals a Saúde Professor Guilherme Abath

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	14
<b>2 OBJETIVOS</b>	18
<b>2.1 Objetivo Geral</b>	18
<b>2.2 Objetivos Específicos</b>	18
<b>3 MARCO TEÓRICO</b>	19
<b>3.1 Um novo Paradigma para a saúde?</b>	19
<b>3.2 Práticas/Medicina Alternativa, Complementar ou Integrativa?</b>	21
<b>3.3 Medicina Tradicional Chinesa (MTC)</b>	23
<b>3.4 Acupuntura</b>	24
<b>3.5 Homeopatia</b>	27
<b>3.6 Fitoterapia</b>	28
<b>3.7 Medicina Antroposófica</b>	31
<b>3.8 Termalismo Social / Crenoterapia</b>	32
<b>4 POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	34
<b>4.1 Políticas</b>	34
<b>4.2 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)</b>	36
<b>4.3 Análise das políticas</b>	37
<b>4.4 Ciclo das Políticas</b>	42
4.4.1 Definição de Agenda	42
4.4.2 Formulação da política	44
4.4.3 Implementando a política	45
4.4.4 Avaliando as políticas implementadas	47
<b>5 ANÁLISE DE POLÍTICA DA SAÚDE</b>	49
<b>5.1 o modelo de Walt e Gilson (1994)</b>	51
5.1.1 O Contexto	53
5.1.1.1 <i>O Macrocontexto</i>	53
5.1.1.2 <i>O Microcontexto</i>	54
5.1.2 Conteúdo da Política	54
5.1.3 O Processo Político	55
5.1.4 Os Atores	56
<b>6 PERCURSO METODOLÓGICO</b>	60
<b>6.1 Desenho de Estudo</b>	60

<b>6.2 Área do Estudo</b>	63
<b>6.3 Fontes e Instrumentos de Coleta de dados</b>	65
6.3 Dados Primários	65
6.3.2 Dados Secundários	68
<b>6.4 Análise dos Dados</b>	69
6.4.1 Contexto	71
6.4.1.1 <i>O Macrocontexto</i>	71
6.4.1.2 <i>O Microcontexto</i>	72
6.5 Conteúdo da política	72
6.6 O processo político	73
6.7 Os atores	74
6.8 Limitação do Método	75
<b>7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	76
<b>8 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	77
<b>8.1 Macrocontexto</b>	77
8.1.1 Esfera Política	77
8.1.2 Esfera Econômica	79
8.1.3 Contexto Social	83
<b>8.2 Microcontexto</b>	86
8.2.1 Política Setorial	86
8.2.2 Finanças Setoriais	89
8.2.3 Serviços de Saúde	92
<b>8.3 O Processo da Política</b>	96
8.3.1 Entrada na Agenda	96
8.3.2 Formulação	98
8.3.3 Implementação	99
8.3.4 Avaliação	101
<b>8.4 Conteúdo da Política</b>	102
<b>8.5 Atores</b>	106
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	110
<b>REFERÊNCIAS</b>	112
<b>APÊNDICES</b>	129

## 1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, há certa unanimidade quanto às limitações do modelo biomédico de assistência à saúde, devido ao seu caráter reducionista, descontextualizado, objetivo e racional, o qual privilegia o diagnóstico, e não o cuidado, a promoção e prevenção de doenças. Esse modelo, que emergiu no século XVII, veio sistematicamente se alicerçar na ciência e na técnica. Estas que foram evoluindo à medida que se desenvolvia o conhecimento do mundo biológico por meio da observação, classificação e cálculo bem como pela construção de instrumentos de apoio técnico cada vez mais elaborado e sofisticado (CARVALHO, 2008).

Embora a visão especializada ou segmentada acerca do processo saúde doença, tenha proporcionado significativos avanços nos estudos sobre a saúde humana, não conseguiu alcançar a plenitude na solução de todas as enfermidades, gerando, em alguns casos, mais perguntas do que respostas. O descontentamento com o modelo biomédico ou com a medicina convencional leva muitas pessoas a procurarem formas alternativas de tratamento, de modo que, atualmente a sociedade vem resgatando de forma marcante os conhecimentos de culturas tradicionais (LUZ; 2005; OTANI; BARROS, 2008).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), as medicinas tradicionais se referem a práticas de saúde, abordagens, conhecimentos e crenças que incorporam vegetal, animal e mineral como medicamentos, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios, aplicados isoladamente ou em conjunto para tratar, diagnosticar e prevenir doenças ou manter o bem-estar. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). Em países da África, Ásia e América Latina o uso da medicina tradicional (MT) ou Medicina Complementar e Alternativa (MAC) são amplamente utilizadas no cuidado à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Segundo Luz (2005), o aumento dos custos com os tratamentos, excessiva preocupação com a diagnose, distanciamento do paciente e, sobretudo, valorização da doença provocou uma crise da saúde e da medicina. Este cenário foi propício para o surgimento e, também, importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos daqueles da nossa racionalidade médica hegemônica. Este movimento ocorreu, principalmente, a partir da segunda metade do século XX, sobretudo com o movimento social urbano denominado contracultura, desencadeado nos anos 1960 e prolongado durante os anos 1970 nos EUA e na Europa.

No Brasil há crescimento do campo de atuação das práticas integrativas, inclusive com um aumento do número de profissionais de saúde interessados pela área (OTANI; BARROS, 2008), também há maior interesse por parte dos usuários (BELLOTTO JÚNIOR; MARTINS; AKERMAN, 2005; FONTANELLA *et al.*, 2007; LEMOS 2006). Estudo que analisou dados de consulta ambulatorial a partir do sistema de informação do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), identificou evolução da prática de acupuntura em quase todo o território nacional entre os anos de 1999 e 2007 (SANTOS, 2009).

A institucionalização das Práticas Alternativas ou Integrativas e Complementares (PIC), foi fruto da pressão, tanto de movimentos organizados da sociedade civil e organizações não-governamentais (ONGs) quanto pela própria demanda crescente destes procedimentos na década de 1980 (LUZ, 2005).

No ano de 1988 foi esboçada a primeira tentativa se normatizar as PIC no Sistema Único de Saúde, por meio das resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) n°s 4, 5, 6, 7 e 8/88, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia (BRASIL, 1988, 2005).

Nos anos seguintes foram construídos alguns grupos de trabalho interministeriais, além da edição de resoluções de diversas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) que acenavam o apoio para uma institucionalização e ampliação do acesso, por parte dos usuários dos SUS, as PIC em todo o território nacional (BRASIL, 2006a).

Há pouco mais de uma década, em 1999, a acupuntura e a homeopatia foram inseridas entre as consultas monitoradas, registradas, no Sistema de Informação do SUS (DATASUS), no entanto esta inserção foi realizada sem um arcabouço institucional que garantisse um apoio a essas práticas e que apontasse diretrizes para a capilarização da prestação deste tipo de atendimento (SANTOS, 2008).

Em 2006 foi instituída no Brasil a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) com a Portaria n° 971, de 3 de maio deste mesmo ano (BRASIL, 2006a), com a finalidade de incluir e ampliar a inserção no SUS de práticas como homeopatia, acupuntura, termalismo, fitoterapia, medicina antroposófica e práticas corporais (como o yoga e o tai chi), tornando-as mais acessíveis à população brasileira, principalmente através da atenção básica em saúde.

Antes mesmo da PNPIC, no ano de 2004, o município do Recife, por meio de uma iniciativa pioneira na região nordeste, estreava uma política pautada pela preocupação com as mudanças sociais e demográficas, o aumento das doenças crônicas degenerativas e a

necessidade de se adotar outra forma de atendimento terapêutico, visando melhorar a qualidade de vida e acolhimento aos pacientes que necessitavam de remédios em grande quantidade e, muitas vezes, com custo elevado (BRASIL, 2009).

A política, iniciada em 2004, possuía como objetivo geral, que as atividades no município deveriam ser desenvolvidas para proporcionar práticas complementares de promoção à saúde na perspectiva da visão integral do ser humano e do cuidado com o corpo na saúde e na doença. Com esse intuito foi construída a Unidade de Cuidados Integrals à Saúde Professor Guilherme Abath (UCIS). Incorporada à rede municipal de saúde para atuar como referência para as unidades básicas de saúde, particularmente para atender pacientes encaminhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (RECIFE, 2005).

A UCIS Guilherme Abath passou a oferecer diversas terapias não-convencionais, ao modelo médico hegemônico, tais como homeopatia, fitoterapia e acupuntura, e um programa de alimentação saudável, através de orientações nutricionais e de oficinas onde há grupos de idosos, adolescentes, hipertensos e diabéticos. Além disso, a unidade também tem a finalidade de capacitar os agentes da USF, ensinando a manipular receitas de produção caseira, como chá e lambedor. A intenção é disseminar estas práticas em toda a rede de atenção básica, atingindo um número cada vez maior de pessoas. A Secretaria Municipal de Saúde do Recife possuía a intenção de criar um UCIS em cada um dos seis Distritos Sanitários que compõem a cidade (RECIFE, 2004).

A política de práticas integrativas do Recife possui mais de cinco anos desde a sua implantação, e a política nacional de práticas integrativas possui mais de três anos desde a sua publicação, entretanto não há estudos que avaliem o processo de implementação dessa política.

A análise de políticas de saúde é um importante instrumento tanto para o meio acadêmico quanto para a gestão da saúde, pois pode instrumentalizar o desenvolvimento de novas políticas, e a melhoria das políticas implantadas (ARRETCHE, 2003; VIANA; BATISTA, 2008). Por isso, analisar a política de práticas integrativas no Recife, possibilitará compreendê-la em maior profundidade e contribuir para seu aprimoramento.

Algumas falhas podem ser identificadas, a coleta e a interpretação de informações, bem como a tentativa de prever as consequências das ações implementadas, podem contribuir com o desenvolvimento da política de práticas integrativas no Recife e compreender como o processo, o conteúdo e como os atores participam desta política.

Nesse sentido, o presente estudo pretende contribuir com o conhecimento nesta área, na medida em que buscou analisar o desenvolvimento das práticas integrais a partir da análise da Política de Práticas Integrais no Recife, se guiara pela seguinte pergunta condutora:

- Como está sendo implementada a política de práticas integrativas (PIC) no SUS municipal?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar o processo de implementação da política de práticas integrativas do Recife, entre os anos de 2004 e 2009.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar o contexto e evolução da política de PIC no Recife;
- b) Analisar o conteúdo da política de práticas integrativas no SUS municipal;
- c) Conhecer a percepção de diferentes atores sobre a implementação das PICs com ênfase no sistema público de saúde municipal.

### 3 MARCO TEÓRICO

#### 3.1 Um novo Paradigma para a saúde?

A ciência é demarcada por paradigmas, os quais são compostos por suposições teóricas gerais, leis e técnicas para sua aplicação adotadas por uma comunidade científica específica por um determinado período de tempo (KUHN, 1994).

Kunh classifica os cientistas em normais, que desenvolverão um paradigma em sua tentativa de explicar e de acomodar os princípios e leis contidos num determinado modelo, que para eles seria o mundo real tais como revelados através dos resultados de experiências. Ao fazê-lo experimentarão, inevitavelmente, dificuldades e encontrarão falsificações aparentes, caso estas dificuldades fujam ao controle, um estado de crise se manifestará. Uma crise é resolvida quando surge um paradigma inteiramente novo que atrai a adesão de um número crescente de cientistas até que eventualmente o paradigma original, problemático, é abandonado. A mudança descontínua constitui uma revolução científica. O novo paradigma, cheio de promessas e aparentemente não assediado por dificuldades supostamente insuperáveis, orienta agora a nova atividade científica normal até que também encontre problemas sérios e o resultado seja outra revolução (CHALMERS, 1993).

O paradigma convencional, ou positivista, baseia-se em uma ontologia realista que pressupõe a existência de uma realidade independente do observador e de seus interesses, imutável, regidas por leis naturais da qual será extraída a verdade. A epistemologia, neste paradigma é dualista, baseada na objetividade e na relação sujeito-objeto desprovida de influências mútuas. A metodologia é “impermeável” ao contexto e busca estabelecer como o objeto realmente é e como realmente opera, supondo uma realidade não relativa com vistas a prever e controlar (FURTADO, 2006).

O paradigma construtivista ou naturalista baseia-se numa perspectiva ontológica relativista que considera a existência de realidades múltiplas e socialmente construídas, não governadas por leis naturais. No caso, a “verdade” é definida a partir de construções individuais ou coletivas. A epistemologia, no referido paradigma, é subjetiva, considerando a interação e reconstrução mútua entre objeto, investigador e realidade. Finalmente, a metodologia no paradigma construtivista é hermenêutica, envolvendo contínua e dialética interação, análise, críticas e novas análises (FURTADO, 2006).

Ancorados no discurso, e nos preceitos de Thomas Khun, pode-se determinar que atualmente ainda convivemos com um paradigma dominante positivista e que influencia o senso comum sobre o que seria a ciência e não-ciência.

Para o senso comum, o conhecimento científico, ou seja, a ciência, é tido como verdadeiro e confiável, pois foi testado e comprovado. Essa idéia “impregnou-se” na sociedade há vários séculos e possui como heranças os estudos de Galileu e o próprio Newton (CHALMERS, 1993). Atualmente, o cientista moderno, ainda herda o paradigma newtoniano, que é caracterizado por ser linear regido por leis simplistas e imutáveis. Com isso, esse cientista busca racionalizar a natureza, negando a sua complexidade (FRÓIS, 2004), tentando torná-la previsível. Segundo esse mesmo paradigma, conhecer significa dividir e classificar, para depois poder determinar relações sistemáticas entre o que se separou.

De modo diferente, para Morin (2002), o todo possui características que não podem ser encontradas nas partes e vice-versa, questionando a super-divisão (especialização) que é defendida pelos newtonianos. Essa forma de “fazer ciência” abandona a idéia de intencionalidade, o que favorece o mito da neutralidade, objetividade, chegando a ousar tornar possível a previsibilidade das ações sociais e dos comportamentos humanos (MORIN, 2002; SANTOS, 1985).

Com o passar do tempo o paradigma dominante começa a ser questionado e não consegue se defender. No início do século XX, as teorias de Einstein de que é impossível determinar com exatidão a simultaneidade universal, pois o tempo e o espaço são relativos, vão de encontro ao paradigma Newtoniano, o qual preconiza que tempo e espaço são absolutos e, por isso, previsíveis. Outra ciência que expõe a fragilidade do paradigma dominante é a mecânica quântica, principalmente por meio da teoria da incerteza de Heisenberg. Esta teoria traz que o próprio ato de observar sem “intervir” altera a realidade, por isso não conhecemos o real, mas sim nossa intervenção nele (SANTOS, 1985).

Para Santos (1985), diversos questionamentos que não conseguem ser respondidos, levam a mudanças em todas as concepções que se possuía sobre física clássica, e porque não da própria ciência:

Em vez da eternidade, a história; em vez do determinismo, a imprevisibilidade; em vez do mecanicismo, a interpenetração, a espontaneidade e a auto-organização; em vez da reversibilidade, a irreversibilidade e a evolução; em vez da ordem, a desordem; em vez da necessidade, a criatividade e o acidente.

Ao contrário do que ocorre no modelo médico hegemônico no ocidente, os tratamentos tradicionais incorporam a subjetividade dos pacientes sem que vejam nisso uma

ameaça à sua competência. Há a compreensão de que se está lidando com sistemas vivos, em fluxo contínuo, em relação ao qual o valor da experiência subjetiva é tão precioso quanto à avaliação racional (CAPRA, 1998).

Nas medicinas tradicionais, o homem é inseparável de seu ambiente, sendo ele um componente fundamental das principais filosofias orientais. O aspecto que conforma o modelo vitalista em que nessa concepção o corpo físico dos seres vivos é animado e dominado por um princípio imaterial chamado *força vital*, cuja presença distinguiria o ser vivo dos corpos inanimados e sua falta ou falência determinaria o fenômeno da morte (SOUSA, 2005).

Diversas terapias e práticas podem ser incluídas no modelo vitalista, entre elas a homeopatia, a medicina ayurvédica e a medicina tradicional chinesa (MTC). A MTC se baseia na utilização de diversas técnicas de tratamento, como a acupuntura, que é uma das mais antigas formas terapêuticas do mundo, cuja prática, segundo relatos e pesquisas arqueológicas, foi iniciada em plena idade da pedra há 4.500 anos (ANDRADE, 2005).

O novo paradigma, que ainda está se estabelecendo, gerou oportunidades para a inserção de novos conhecimentos, que muitas vezes vão de encontro ao modelo reducionista, objetivo, linear até então predominante. Abre espaço para um novo cuidado da saúde mais humano, autônomo, focado na pessoa (LUZ, 2005).

### **3.2 Práticas/Medicina Alternativa, Complementar ou Integrativa?**

Segundo Barros e Nunes (2006), o campo da saúde no Brasil passou a década de 1980 com uma confusão de significados sobre o que seria Medicina Complementar. Às vezes, possuía uma dimensão epistemológica e, portanto, um grupo de categorias e conceitos, e em outras vezes possuía a dimensão de um conceito que se refere a um grupo de práticas. Quando essa imprecisão foi submetida à observação sociológica, passou a ser possível perceber duas perspectivas: 1, Medicina Complementar, vista como um sinônimo moderno da medicina alternativa em que a renomeação de práticas anteriormente excluídas seria fundamental para sua incorporação ao serviço oficial de saúde e 2, a manutenção do sentido original da lógica complementar que está sendo substituído pelo sentido de Medicina Integrativa.

No Brasil, o conceito Medicina Alternativa e Complementar (MAC) ou também denominada pela Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA

SAÚDE, 2002) como Medicina Tradicional (MT) mostra mais um elemento de confusão. A Medicina Alternativa pode se apresentar como um conceito em que os cuidados de saúde de racionalidades distintas rivalizam-se para ser determinado um vitorioso e não é isso que acontece, pois uma alternativa não substitui a outra, esta foi uma característica que perdurou ao longo dos anos de 1960 e 1970, as discussões sobre práticas alternativas faziam oposição e pretendiam excluir as alopáticas.

A partir da década de 1980, desenvolveu-se o conceito de medicinas complementares, com uma perspectiva includente entre diferentes racionalidades médicas. Contudo, o termo complementar, na língua portuguesa, na prática médica, requisitando-se um exame diagnóstico complementar, refere-se a uma ordem de exames "complementares". Assim, quando se fala de "medicina complementar", muitos profissionais de saúde interpretam o termo como parte do modelo biomédico (BARROS, 2000). O que pode explicar porque alguns profissionais que trabalham com práticas MAC, agora se referem a si mesmos como profissionais de Medicina Integral ou profissionais de práticas integrativas e complementares em saúde, pois o termo medicina pode denotar a idéia de que esses cuidados só podem ser ministrados, praticados por médicos.

Para a OMS, as Medicinas Alternativas e Complementares são diversos sistemas médicos e de cuidado à saúde, práticas e produtos que não são considerados parte da medicina convencional (NATIONAL CENTER OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, 2010). Obviamente, esse conjunto é genérico e heterogêneo demais, reunindo sob uma mesma etiqueta ingredientes muito diferentes.

No Brasil, Luz (2000, 2004) construiu uma matriz de análise de formas de cuidado à saúde útil para consideração desse conjunto. Trata-se da categoria "racionalidade médica", construída como um tipo ideal weberiano, definida como um conjunto estruturado e coerente de cinco dimensões interligadas: uma morfologia do homem (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa dos adoecimentos, sua origem e cura), embasadas em uma cosmologia implícita ou explícita. O estudo de sistemas de cuidado por meio dessas dimensões permitiu distinguir entre sistemas médicos complexos (racionalidades médicas), como a biomedicina, a medicina ayurvédica ou a medicina tradicional chinesa, de terapias ou métodos diagnósticos, como os florais de Bach, a iridologia, o reiki, entre outros (TESSER, 2009).

Em muitos casos os termos medicina/prática alternativa ou complementar são utilizados como sinônimos. As denominações práticas alternativas, complementares ou integrativas são utilizadas para determinar as práticas que não são usualmente empregadas

pela medicina ocidental tradicional, e por haver uma grande diversidade de terapias que integram as PIC, serão apresentadas a seguir, de forma mais detalhadas, aquelas que compõem a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

### **3.3 Medicina Tradicional Chinesa (MTC)**

A MTC pode ser conceituada como uma área do conhecimento que entende o processo de adoecimento como um desequilíbrio entre fatores endógenos (fisiológicos) e exógenos (energéticos e emocionais). A desarmonia entre os fatores gera bloqueio do fluxo contínuo de energia no âmbito dos meridianos (canais de energia espalhados por todo o corpo), o que favorece a formação de excesso do yin e deficiência do yang ou vice-versa<sup>1</sup>, o que provoca os processos patológicos (MANN, 1982).

A MTC tem despertado interesse dos países ocidentais desde, pelo menos, a década de 1950. Nessa época, a China ajudou a ex-União Soviética e outros países da Europa Oriental, capacitando e treinando acupunturistas. Desde 1975, a pedido da Organização Mundial de Saúde (OMS), foram criados os cursos de Treinamento de Acupuntura Internacional em Beijing, Shanghai e Nanjing, e vários profissionais de diversos países foram treinados em MTC (XINNONG, 1999).

Diferentemente das idéias de objetividade e neutralidade propostas pelo modelo biomédico, a MTC busca a subjetividade por traz do discurso do indivíduo, persegue as teorias e intenções que comandam os pensamentos e que podem levar ao adoecimento, ou então, na visão oriental, ao desequilíbrio energético da pessoa. O indivíduo não pode ser separado do universo que o cerca, nem o ambiente pode ser retirado da pessoa, ou seja, o ser humano e o ambiente são inseparáveis, sofrendo influências mútuas (SOUSA, 2004). Para a descoberta das causas do desequilíbrio são utilizados diversos artifícios como uma ampla anamnese, com toda a história de vida do indivíduo e não apenas a história natural da doença;

---

<sup>1</sup> O Yin, segundo a medicina oriental, é a matéria, e o Yang é a energia que a coloca em movimento. As duas forças se complementam e se transformam constantemente uma em outra. As proporções do Yin e Yang de um determinado fenômeno não estarão sempre fixas, variando em seu tempo e espaço. Porém eles se mantêm em equilíbrio dinâmico, em que ora há a predominância de um lado sobre o outro e vice-versa (NAKANO; YAMAMURA, 2005).

a palpação, verificação do pulso, que na MTC correspondem a 14 pontos<sup>2</sup>, e verificação e inspeção da língua. Isso demonstra que o grande abismo existente entre os dois paradigmas começa desde o diagnóstico e não apenas na terapêutica.

Essas características da MTC corroboram com a visão diferenciada do processo de adoecimento e que ajuda na terapêutica, pois o indivíduo se torna participante efetivo de seu tratamento, trabalhando em parceria com o médico oriental, essa corresponsabilização do paciente torna o tratamento mais autônomo, sendo esta importante fator que diferencia os dois modelos (TESSER, 2006).

A racionalidade Medicina Tradicional Chinesa tem como base fitoterapia e nutrologia, ambas influenciadas pela filosofia taoísta, complementadas por práticas corporais (Qi Gong, Tai Ji, Tai Chi Chuan, Liang Gong), massoterapia (Tui Na, An Ma), quiroprática, acupuntura e moxabustão e meditação (DZUNG; NGHI; NGUYEN, 2004; MACIOCIA, 1996). Demonstra-se, que ao contrário do que muitos que relacionam a acupuntura como única prática da MTC, há um leque de tratamentos associados a essa racionalidade. Para o Ministério da Saúde, as práticas da Medicina Chinesa podem integrar a rede do SUS, principalmente por meio de práticas corporais coletivas, como acontece em diversos municípios, com um destaque para Campinas (BRASIL, 2006a; NAGAI, 2008).

### **3.4 Acupuntura**

Como exposto anteriormente, a acupuntura é uma dos componentes da MTC. Reconhece-se a expansão das práticas alternativas, em especial da acupuntura, nos mais diversos locais, essa expansão é verificada tanto no sistema público quanto privado de saúde. Todavia, em diversos países há incentivos governamentais para que essa expansão ocorra. Esse incentivo na maioria das vezes vem através de leis, ou propostas, que procuram integrar os cuidados de saúde moderno e tradicionais (DUBEY, 1997). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2002), a acupuntura é especialmente popular, sendo desenvolvida em mais de 78 países, onde é praticada por acupunturistas e também por alopatas. Segundo a *World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies* existem pelo menos 50 mil acupunturistas

---

<sup>2</sup> Segundo a MTC todos os indivíduos possuem 14 pulso na região radial, sendo sete Yin e sete Yang, dividido em ambos os membros, cada um correspondendo aos 12 meridianos principais e mais 2 extraordinários (DZUNG, 2004).

na Ásia, 15 mil na Europa e apenas 12 mil nos Estados Unidos estão licenciados para praticar a acupuntura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

No Brasil, a acupuntura foi introduzida na década de 1960. Na década de 1980 era praticada em alguns hospitais públicos e universitários (BRASIL, 2005; PALMEIRA, 1990). Com a influência, tanto do movimento da Reforma Sanitária, quanto pelos documentos internacionais, surge no Brasil o primeiro serviço de acupuntura no sistema público de saúde, ainda no ano de 1981 na cidade do Rio de Janeiro, o Instituto de Geriatria e Gerontologia - IGG Miguel Pedro (SOUSA, 2004).

A Prática da acupuntura vem despertando ainda maior interesse por parte dos profissionais brasileiros de saúde, em virtude da sua concepção holística e integradora do ser humano, considerando-o como parte indissociável do universo buscando, desse modo, um modelo científico baseado na interação do homem com os fenômenos da natureza (VECTORE, 2005). Observa-se uma evolução na aceitação da acupuntura, em todo o território nacional, o que pode ser evidenciado pelo aumento da procura dos profissionais de saúde por especializações nessa prática terapêutica, e também pelo aumento da demanda de usuários de planos de saúde e do próprio SUS. Contudo ainda são escassas as unidades de saúde que disponibilizam esse tipo de assistência no sistema público de saúde, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil (SANTOS, 2008, 2009a).

A acupuntura foi incorporada às intervenções cobertas pelo SUS após, o reconhecimento pela OMS de que a mesma poderia servir como tratamento coadjuvante ou complementar das mais diversas patologias, por exemplo: enxaquecas, problemas gastro-intestinais, alergias e dores diversas. Além disso, vários estudos têm demonstrado que a acupuntura apresenta uma influência profunda sobre os problemas emocionais e mentais, sendo recomendável a combinação dessa técnica com outras psicoterápicas (VECTORE, 2005).

Os estudos e o incentivo da OMS para a prática da acupuntura veio posteriormente à publicação do *Guidelines for clinical research on acupuncture*, facilitando a aceitação e normatizando as pesquisas em acupuntura no ocidente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995).

O Ministério da Saúde do Brasil incluiu em 1999 as consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), seguindo recomendação da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (BRASIL, 1988), por meio da Resolução nº 5, de 3 de março de 1988. Apesar

do esforço, à época, de diversas categorias profissionais para inserção de outros acupunturistas na assistência no SUS.

Em diversos países é observada a ampliação da prestação de serviços ligados às práticas alternativas ou integrativas. Estudos apontam o crescimento do mesmo segmento no Brasil (SANTOS 2008); no Canadá, onde a agência de saúde pública incentiva e monitora a evolução dessas práticas tanto em nível privado como estatal, verifica-se aumento na procura por métodos alternativos de tratamento da saúde (PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA, 2004); na Grã Bretanha estudos apontam que mais de 20% da população se utiliza desses métodos anualmente (ERNEST; WHITE, 2000); na Alemanha, devido a elevada procura da acupuntura para o tratamento de doenças crônicas, o governo passou a realizar pesquisas com os médicos acupunturistas para verificar a custo-efetividade do tratamento, observando-se a eficiência da acupuntura para tratar lombalgia (WITT et al., 2006) e cervicália (WILLICH et al., 2006); nos Estados Unidos, em uma pesquisa realizada no ano de 2006, constatou que mais de 2 milhões de americanos havia utilizado acupuntura recentemente (BURKE, 2006). Pesquisas em países em desenvolvimento apontam que a utilização de práticas tradicionais e alternativas são de 40% na Colômbia, 71% no Chile e até 80% em alguns países africanos (BODEKER, 2002).

Documentos da OMS apontam o grande impacto econômico que essas formas de tratamento trazem aos sistemas públicos nacionais de saúde, principalmente em países considerados em desenvolvimento, que proporcionam grandes benefícios à saúde da população, utilizando-se de pouca tecnologia e baixo custo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Existe a necessidade de poucos equipamentos, facilidade de locomoção do acupunturista, pois o especialista não necessita de uma “parafernália” de recursos para realizar o diagnóstico ou o tratamento, sendo esse um dos principais atrativos para a inserção dessas práticas na atenção primária de países com grandes diferenças sociais, como o Brasil. Outra vantagem do método é a segurança e a capacidade preventiva e de melhora de quadros algícos, inclusive, em pacientes com doenças crônicas (SILVA, 2001a).

Há uma diversidade de trabalhos que apresentam como a acupuntura pode ser utilizada de forma efetiva nos mais diversos agravos à saúde, dentre os quais destacam-se: França (2004), que evidencia a importância para lesões desportivas; Fernandez (2003), que apresenta a relevância da associação da cinesioterapia e a acupuntura para o tratamento de distúrbios do aparelho locomotor e neuromuscular da face; Zhou (2005), que mostra a eficiência da associação da acupuntura com os tratamentos ocidentais para 140 crianças com paralisia cerebral; Sze (2002), que aponta o auxílio que traz a pacientes com seqüela de acidente

vascular encefálico; Sun (2001) e Vas (2005), que chamam a atenção para as vantagens que o tratamento com acupuntura traz às ombralgias; e Lorenzetti (2006) e Witt (2007), que apresentam os bons resultados que podem ser obtidos para o tratamento da lombalgia.

Há ainda estudos que apontam bons resultados da acupuntura no tratamento de disfunções temporomandibulares (FINK, 2006), de entorses de joelho (AMESTOY; DANIEL; LIMA, 1999), e também de sua utilização como coadjuvante no tratamento de obesidade (XIAOZHE, 2008), depressão e nas cefaléias crônicas. (VICKERS *et al.*, 2004).

### **3.5 Homeopatia**

O modelo homeopático, que é parte integrante das práticas integrativas e complementares, surgiu em 1796 com Samuel Hahnemann, que propôs uma compreensão global e dinâmica do adoecimento humano e uma terapêutica que estimulasse o organismo a reagir contra seus próprios distúrbios, ele destacou a soberania da clínica e da experimentação, desenvolveu um novo sistema terapêutico baseado na experiência racional e sistematizado. Administrando aos indivíduos enfermos, substâncias que causam sintomas semelhantes em indivíduos sadios (experimentação patogenética homeopática), o medicamento homeopático tem o objetivo de despertar e direcionar uma reação homeostática curativa no sentido de neutralizar os desequilíbrios funcionais, emocionais, psíquicos, visando à prática de uma medicina integral, voltada para o doente como um todo e estruturada na individualidade de cada paciente (LUZ, 2000).

Ao longo da prática homeopática, Hahnemann diminuiu gradativamente as doses do medicamento homeopático, por meio da diluição, processo conhecido como dinamização, buscando minimizar os efeitos adversos indesejáveis que as substâncias poderiam causar nos pacientes (TEIXEIRA, 2009).

A homeopatia chegou oficialmente ao Brasil em 1840, por meio do ex-comerciante francês e militante socialista Benoit Mure (LUZ, 1996). Há relatos, entretanto, de que em 1820, os imigrantes alemães, que se estabeleceram em colônias no Sul do Brasil, a utilizavam como uma medicina caseira e seguiam as orientações presentes nos livros escritos por Hahnemann (MONTEIRO, 2007), passou a ser oferecida em ambulatórios e centros de saúde da rede pública (SUS) a partir de 1985 (TEIXEIRA, 2009) e, assim como a acupuntura passou

a ter seus atendimentos registrados no sistema de informação do SUS a partir de 1999 (SANTOS, 2008).

No Brasil, é aceita como especialidade médica, farmacêutica e veterinária. A homeopatia é aceita com um status de medicina em diversos países, como na Índia, e em alguns estados dos Estados Unidos, além de diversos outros países espalhados no mundo (ALMEIDA, 2003).

Na saúde pública os movimentos iniciais de inclusão da Homeopatia foram iniciativas individuais de alguns profissionais que obtiveram permissão para atender pacientes, como homeopatas, em agendas a parte dos atendimentos que realizavam. Mas foi a ação coletiva de grupos de homeopatas desenvolvendo um trabalho político e técnico em defesa da Homeopatia na saúde pública que resultou em um movimento de institucionalização, com a progressiva inserção do atendimento no planejamento dos serviços e nas políticas de saúde. Com a criação do SUS e a descentralização da gestão ocorreu ampliação da oferta de atendimento homeopático. Esse avanço pode ser observado no número de consultas em Homeopatia que atualmente é uma opção para os usuários do SUS, uma vez que é oferecida pela rede ambulatorial em mais vários municípios (SALLES; SCHRAIBER, 2009).

Atualmente a Homeopatia apresenta importante aceitação por parte dos usuários do serviço público (MONTEIRO, 2007), e em alguns municípios, ela chega a ser uma das práticas mais utilizadas para algumas patologias (RODRIGUES NETO *et al.*, 2008). No entanto, a expansão do número de serviços é tímida e não é acompanhada pela abertura de farmácias homeopáticas públicas (BRASIL, 2006 a).

Em relação à eficácia clínica do tratamento homeopático, há diversas divergências, pois há metanálises específicas evidenciaram a eficácia do tratamento homeopático frente ao placebo para algumas patologias, inclusive com estudos duplo-cego e ensaios clínicos placebo-controlados-isolados. (TEIXEIRA, 2009). No entanto, há estudos que não apontam resultados favoráveis a prática da homeopatia (POLÊMICA, 2010).

### **3.6 Fitoterapia**

Diversas civilizações antigas têm em suas referências históricas as plantas medicinais. Nos documentos mais antigos a Fitoterapia está ligada à magia e é vista muitas vezes como “um presente dos deuses”, que permite aos seres humanos vencer os poderes maléficos da

terra. Até essas primeiras aplicações das plantas como agentes medicinais demonstram uma compreensão surpreendente dos diferentes efeitos de cada espécie vegetal. No que diz respeito à documentação escrita do uso de plantas como remédio, a primeira referência é a obra chinesa Pen t'sao ("A grande Fitoterapia") de Shen Nung, que remonta a 2800 a. C. antigos papiros gregos traziam orientações de como se trabalhar com fitoterápicos, principalmente com raízes e folhas (ELDIN, 2001).

No Brasil, a história da utilização de plantas, no tratamento de doenças, apresenta influências da cultura africana, indígena e européia (MARTINS et al., 2000). A contribuição dos escravos africanos com a tradição do uso de plantas medicinais em nosso país se deu por meio das plantas que trouxeram consigo que eram utilizadas em rituais religiosos e também por suas propriedades farmacológicas, empiricamente descobertas. Os índios que aqui viviam, distribuídos em inúmeras tribos, utilizavam grande quantidade de plantas medicinais e, por intervenção dos pajés, o conhecimento das ervas locais e seus usos foram transmitidos e aprimorados de geração em geração. Os primeiros europeus que chegaram ao Brasil se depararam com esses conhecimentos, que foram absorvidos por aqueles que passaram a residir no país e a sentir a necessidade de viver do que a natureza lhes tinha a oferecer. Os índios passaram a auxiliá-los como "guias". Tais fatos fizeram com que os europeus ampliassem seu contato com a flora medicinal brasileira e a utilizassem para satisfazer suas necessidades alimentares e medicamentosas (LORENZI, 2002).

No entanto, com o advento da industrialização, da urbanização e o avanço da tecnologia no que diz respeito à elaboração de fármacos sintéticos, houve aumento por parte da população da utilização desses medicamentos, deixando-se de lado o conhecimento tradicional das plantas medicinais, que foram vistas como atraso tecnológico, levando, em parte, à substituição da prática de sua utilização na medicina caseira (TOMAZZONI et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde, Desde a Declaração de Alma-Alta, em 1978, tem expressado sua posição a respeito da necessidade de valorizar as plantas medicinais no âmbito sanitário, em função de que 80% da população mundial dependem dessas espécies, no que se refere à atenção primária à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1979). Tal fato foi de suma importância para a ampliação dos fitoterápicos em todo o mundo. O aumento do consumo de fitoterápicos pode ser associado, também, ao fato de que as populações estão questionando os perigos do uso abusivo e irracional, de elevado custo de produtos farmacêuticos e procuram substituí-los por plantas medicinais. A comprovação da ação

terapêutica também favorece essa dinâmica. Além disso, registra-se a insatisfação da população diante ao sistema de saúde oficial (TOMAZZONI et al., 2006).

Sabe-se que no Brasil a população, em geral, se utiliza de diversas plantas para o tratamento de distintas patologias (LUZ, 2001, TOMAZZONI et al., 2006). Estudos apontam a grande utilização de plantas medicinais, principalmente, na atenção básica à saúde (LUZ, 2001; BRASILEIRO et al., 2008).

A institucionalização das Plantas Medicinais nos serviços de saúde no Brasil é iniciada em 1988, com a Resolução nº 8 da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan 8/88), posteriormente resoluções da 10ª e 12ª Conferências Nacionais de Saúde (CNS), 1996 e 2003, respectivamente também buscam incentivar a inserção das plantas medicinais nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2006a). Porém apenas em 2006, por meio do decreto Nº 5.813, de 22 de junho, foi instituída a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que estabeleceu: (1) diretrizes e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações pelos diversos parceiros em torno de objetivos comuns voltados à garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos em nosso país e (2) ao desenvolvimento de tecnologias e inovações, assim como ao fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos, ao uso sustentável da biodiversidade brasileira e ao desenvolvimento do complexo produtivo da saúde (BRASIL, 2006b).

No ano de 2007, passam a ser distribuídos em 12 estados brasileiros, por meio do SUS, após a aprovação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), medicamentos fitoterápicos feitos à base de espinheira santa – para gastrites e úlceras – e guaco – para tosses e gripes – em diversas apresentações. A proposta do Ministério da Saúde é de incentivar a utilização desses fitoterápicos na rede básica de saúde (FITOTERAPIA, 2009). No ano seguinte, 2008, Uma portaria interministerial (2.960/2008) assinada pelo Ministério da Saúde e outros nove ministérios instituiu o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Coordenado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, o Programa vai ampliar a lista de fitoterápicos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na atenção básica. A quantidade de produtos oferecidos será definida por um grupo de especialistas vinculados ao Ministério da Saúde, que comporão um comitê específico para acompanhar o assunto (BRASIL, 2009c, 2010c).

Em fevereiro de 2009, o Ministério da Saúde divulgou a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RENISUS), onde constam 71 espécies que são utilizadas nos mais diversos municípios espalhados por todo o País. Nesta lista constam as plantas

medicinais que apresentam potencial para gerar produtos de interesse ao SUS. Dentre algumas espécies constam a *Cynara scolymus* (alcachofra), *Schinus terebenthifolius* (aroeira da praia) e a *Uncaria tomentosa* (unha-de-gato), usadas pela sabedoria popular e confirmadas cientificamente, para distúrbios de digestão, inflamação vaginal e dores articulares, respectivamente (BRASIL, 2010c).

### 3.7 Medicina Antroposófica

De acordo com o Ministério da Saúde a Medicina Antroposófica (MA), no Brasil possui mais de 60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2006a; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA ANTROPOSÓFICA, 2010).

Entre os recursos que acompanham a abordagem do MA destacam-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da Medicina Antroposófica. Integrado ao trabalho médico está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria (BRASIL, 2006a).

A Medicina Antroposófica, juntamente com a Homeopatia e a Acupuntura, foi introduzida oficialmente na rede municipal e em 1996, a secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte realizou o primeiro concurso específico para médico antroposófico no SUS. Também há serviços em São João Del Rei/MG, na rede pública municipal, uma equipe multidisciplinar vinculada a Saúde da Família, em São Paulo, o ambulatório da Associação Comunitária Monte Azul em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde implantou na Estratégia Saúde da Família do município. atendimentos voltados a esta abordagem (BRASIL, 2006a).

Segundo Simoni (2009) a Medicina Antroposófica está presente em 5 estados e 7 cidades e apesar da sua inserção no SUS ser incipiente, há uma articulação dos serviços de MA com a atenção básica (NASF e ESF) e também com hospitais gerais e ambulatório (SIMONI, 2009).

### 3.8 Termalismo Social / Crenoterapia

O uso das águas medicinais acontece desde a antiguidade. Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A Crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde (BRASIL, 2006 a).

Os primeiros trabalhos que encontramos na literatura indexada são da década de 1950 e a maior parte deles é das décadas de 1970 e 1980, desenvolvidos principalmente na França, seguido pela Itália, Rússia, Espanha e Portugal. Há relatos de bons resultados, mas a metodologia é pobre. Várias doenças foram incluídas nestes trabalhos e dentro da reumatologia são citadas gota, artrites, lombalgia, cervicalgia, osteoartrite e síndrome miofascia (PIRES, 2006).

No Brasil a Crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao país os seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ (BRASIL, 2006a).

A partir da década de 1990 a Medicina Termal passou a dedicar-se a abordagens coletivas, tanto de prevenção quanto de promoção e recuperação da saúde, inserindo neste contexto o conceito de Turismo Saúde e de Termalismo Social, cujo alvo principal é a busca e a manutenção da saúde (QUINTELA, 2004).

Países europeus como a Espanha, a França, a Itália, a Alemanha, a Hungria e outros adotaram desde o início do século XX o Termalismo Social como maneira de ofertar às pessoas idosas tratamentos em estabelecimentos termais especializados, objetivando proporcionar a esta população o acesso ao uso das águas minerais com propriedades medicinais, seja para recuperar ou tratar sua saúde, assim como preservá-la, no Brasil a prática ainda é difundida como uma atividade terapêutica informal, não institucionalizada e que está mais ligada ao turismo e não a medicina (BRASIL, 2006a; QUINTELA, 2004).

A resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 343, de 07 de outubro de 2004, e a política nacional são instrumento para o fortalecimento da definição das ações governamentais que envolvem a revalorização dos mananciais das águas minerais, o seu aspecto terapêutico, a definição de mecanismos de prevenção, fiscalização, controle, além do incentivo à realização de pesquisas na área (BRASIL, 2006a).

As seis práticas integrativas e complementares apresentadas anteriormente compõem a primeira política pública brasileira voltada a estas terapias. Para compreender e poder analisar esta política se faz necessário o entendimento mais aprofundado do que seriam as políticas públicas.

## 4 POLÍTICAS PÚBLICAS

### 4.1 Políticas

A palavra política tem diversos significados e está amplamente associada ao sentido da ação, em geral perpetrada pelo poder público e o Estado, como no aspecto inerente aos agentes políticos, estes incidindo mais no plano da sociedade civil (SALGADO, 2010).

Para Hecló (1995) a política é um conceito maior que uma decisão isolada e menor que um movimento da sociedade. Viana (1996) compreende política pública “como um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado” e orientam as atividades do governo que estão relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre as realidades econômica, social e ambiental, e que variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm sobre o papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais.

A área de políticas públicas surge na Europa como teoria explicativa sobre o papel do Estado, nos Estados Unidos surge no meio acadêmico por intermédio de estudos sobre a ação do governo. As definições de políticas públicas assumem em geral uma visão holística do tema, uma perspectiva de que o todo é mais importante do que a soma das partes, e que indivíduos, instituições, interações, ideologias e interesses contam, mesmo que existam diferenças sobre a importância relativa desses fatores (SOUZA, 2007).

Existe uma relação estreita entre política e poder, que se situa o limite entre decidir o que fazer – campo da política – e impor essa decisão aos outros – campo do poder, ou seja, a luta pela política é a luta pelo poder. A política existe em virtude de ocorrerem conflitos entre os homens e os grupos sociais e possui a função de intermediar os conflitos e para Silva (2001 b) a política pública é a única, em ocorrência de sua associação com o poder político, que detém o monopólio do uso da força, quando necessário, no processo de intermediação. Mesma relação que é analisada por Reich (1995) que busca compreender a política diante das relações de poder que existem nos distintos regimes políticos e influencia a relação de poder entre o governo e a sociedade.

A política pública é um campo multidisciplinar, onde cada um adota um foco diferente, pois as políticas interferem em diversos setores da sociedade de forma individual. A

política pública é gerada no intuito de se solucionar um problema que pode ser demandado pela sociedade, por grupos de interesse ou por indivíduos. Problemas assim podem ser advindos desde calamidades públicas até pressões de grupos de interesse (SOUZA, 2007).

Segundo Ham e Hill (1993) as políticas públicas são formadas por uma teia de decisões ou por falta de decisões, o que Hecló (1995) chamou de *inação*, que permanece atuando por um determinado tempo, entendendo-se que este é um processo é dinâmico e influenciado por uma diversidade de atores.

Para Frey (2000) há quatro tipos de políticas públicas:

- a) Política distributiva – desconsidera a questão dos recursos limitados, gerando impacto mais individuais do que universais, ao privilegiar certos grupos sociais ou regiões em detrimento do todo. E são caracterizadas por um baixo grau de conflito dos processos políticos, visto que políticas de caráter distributivo só parecem distribuir vantagens e sem acarretar custos.
- b) Política regulatória – envolve burocracia, políticos e grupos de interesse, trabalham com ordens e proibições, decretos e portarias. Os efeitos referentes aos custos e benefícios não são determináveis; dependem da configuração concreta das políticas.
- c) Políticas redistributivas – atingem maior número de pessoas e impõem perdas concretas e em curto prazo para certos grupos sociais e ganhos incertos e futuro para outros. E o processo político que visa a uma redistribuição costuma ser polarizado e repleto de conflitos.
- d) Política constitutiva – lidam com procedimentos, determinam as regras do jogo e com isso a estrutura dos processos e conflitos políticos, ou seja, as condições gerais sob as quais vêm sendo negociadas as políticas distributivas, redistributivas e regulatórias.

Segundo Arretche (2003) há um crescente interesse por estudo em políticas públicas devendo-se às mudanças recentes da sociedade brasileira. O intenso processo de inovação e experimentação em programas governamentais, assim como as oportunidades abertas à participação nas mais diversas políticas setoriais – seja pelo acesso de segmentos tradicionalmente excluídos a cargos eletivos, seja por inúmeras novas modalidades de representação de interesses – despertaram não apenas uma enorme curiosidade sobre o funcionamento do Estado brasileiro, como também revelaram o grande desconhecimento sobre sua operação e impacto efetivo, e este contexto favoreceu a ampliação de estudos que analisem as políticas públicas em todo o território nacional.

Conhecer como se desenvolve a ação estatal que se traduz nas políticas públicas, consiste principalmente em analisar o modo de funcionamento do estado a partir da

identificação das características das organizações públicas que executam as políticas; dos atores envolvidos no processo; dos mecanismos, critérios e estilos relacionados à tomada de decisão pelas instituições responsáveis; de inter-relações entre essas variáveis (organizações e atores); e de variáveis externas que influenciam esse processo (VIANA, 1996).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e complementares é a única tradução de uma política pública nacional voltada às práticas alternativas.

#### **4.2 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)**

Há alguns anos se buscava desenhar uma política de práticas integrativas e complementares que pudesse compor a diversidade de terapias alternativas que são desenvolvidas em todo o território nacional. No final da década de 1970, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, objetivando a formulação de políticas na área. Desde então, em vários comunicados e resoluções, a OMS expressa o seu compromisso em incentivar os estados-membros a formularem e implementarem políticas públicas para uso racional e integrado da MT/MCA nos sistemas nacionais de atenção à saúde bem como para o desenvolvimento de estudos científicos para melhor conhecimento de sua segurança, eficácia e qualidade (BRASIL, 2005).

No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde começaram a ocorrer a partir da década de 1980, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar as experiências pioneiras (BRASIL, 2005).

Apesar de desde a VIII CNS, passando pela X, XI, XII e XIII, haver deliberações que citam a importância da inserção de práticas integrativas no SUS apenas no ano de 2006, através da portaria 971 de 3 de maio, é que foi publicado uma política de caráter nacional, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006a).

A PNPIC possui o intuito de legitimar e fortalecer as práticas integrativas e complementares no SUS, e para que isso se concretize foram definidos diversos objetivos e diretrizes:

- a) **Objetivos:** (i) a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral

em saúde; (ii) a contribuição ao aumento da resolubilidade e a ampliação do acesso, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; (iii) a promoção e racionalização das ações de saúde; (iv) o estímulo das ações de controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

- b) **Diretrizes** da PNPIC. Foram nomeadas 11 principais, com o fim de definir estratégias de inserção, gestão e avaliação das práticas complementares no SUS, quais sejam: 1, estruturação e fortalecimento da atenção; 2, desenvolvimento de qualificação para profissionais; 3, divulgação e informação de evidências para profissionais, gestores e usuários; 4, estímulo às ações intersetoriais; 5, fortalecimento da participação social; 6, acesso a medicamentos; 7, acesso a insumos; 8, incentivo à pesquisa sobre eficiência, eficácia, efetividade e segurança; 9, desenvolvimento de acompanhamento e avaliação; 10, cooperação nacional e internacional; 11, monitoramento da qualidade.

Cerca de seis meses após a promulgação da Portaria 971, foi divulgada em 17 de novembro de 2006, a Portaria 853, que inclui na tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES de Informações do SUS, o serviço acupuntura - Práticas Integrativas e Complementares, realizadas por profissionais de saúde especialistas em acupuntura. A política pública brasileira voltada às práticas Integrativas gerou alguns desdobramentos como, por exemplo, uma política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos, publicada em julho de 2006 (BRASIL, 2006b).

No entanto, para entender a formulação e o resultado das políticas públicas é fundamental desenvolver análises mais profundas e, conforme Ukeles (1977), por meio de uma investigação sistemática acerca das diferentes opções políticas, assim como as evidências favoráveis e contrárias a cada opção.

### **4.3 Análise de políticas**

A análise de política é uma abordagem multidisciplinar e se constitui como um campo de conhecimento voltado para analisar as relações entre os governantes, o governo e os cidadãos, que visa explicar a interação entre as instituições, interesses e idéias no processo político. É bastante útil tanto retrospectivamente quanto prospectivamente, ajuda a

compreender as falhas da política e sucessos passados e fazer planos para a implementação de políticas futuras (WALT, 2008; VIANA, 2008).

Do ponto de vista teórico-conceitual, a análise das políticas públicas é uma atividade complexa, e incorpora conhecimentos oriundos de várias áreas com as quais também interage, como a economia, a ciência política, a sociologia, a antropologia, a geografia, as ciências sociais, a saúde pública, que têm contribuído para avanços teóricos e empíricos nesse campo (GURGEL, 2007).

A análise de política pode ser definida como uma investigação sistêmica de opções de políticas alternativas e a reunião e integração de pontos positivos e negativos de cada opção na tentativa de prever as consequências das ações implementadas. É aplicada a problemas de caráter público que, se não puderem ser resolvido pelo menos se deve tentar compreendê-los (UKELES, 1977; WILDAVSKI, 1980).

Análise política é um nome genérico para uma série de técnicas e ferramentas para estudar as características das políticas estabelecidas, onde a principal preocupação da análise é com os resultados, ou seja, os efeitos que a política tem sobre a vida das pessoas (COLLINS, 2005). A postura do analista deve levar em conta que a análise de política envolve tanto a melhoria do entendimento acerca da política e do processo político como prescrições visando melhores políticas. (GRUPO DE ANÁLISE DE POLÍTICA DE INOVAÇÃO, 2002).

Para Viana (1996) a análise de políticas públicas tem como objetivo questionar a ação pública, seus determinantes, sua finalidade, seus processos e suas consequências. Os objetos principais de análise são os processos de tomada de decisão no momento de construção de uma dada política ou de um grupo de políticas. Para o Grupo de Análise de Políticas de Inovação (2002) o escopo da Análise de Política, vai muito além dos estudos e decisões dos analistas, porque a política pública pode influenciar na vida de todos, dado que os processos e resultados de políticas sempre envolvem vários grupos sociais e porque as políticas públicas se constituem em objeto específico e qualificado de disputa entre os diferentes agrupamentos políticos com algum grau de interesse pelas questões que têm no aparelho de Estado um locus privilegiado de expressão.

Frey (2000) relata três dimensões na análise: a dimensão do processo político (politics), a dimensão das instituições (polity) e, por fim, a do conteúdo (policy).

Ham e Hill (1993) classificaram os estudos de análise política em duas grandes categorias: descritivos ou incremental, quando a análise tem como objetivo desenvolver conhecimento sobre o processo de elaboração de políticas (formulação, implementação e

avaliação); e prescritivos ou normativos, ou racionais, quando a análise é voltada para apoiar os fazedores de política, somando conhecimento ao processo de elaboração de políticas.

Para Araújo e Maciel (2001), a análise da política pode ser parcial, que se concentra em determinados estágios da política; ou compreensiva, quando se objetiva analisar todo o processo da política com um foco mais ampliado.

Para Hoghood e Gunn (1981) há sete tipologias de análise de política:

- a) Estudo do conteúdo das políticas (*study of policy content*), no qual os analistas procuram descrever e explicar a gênese e o desenvolvimento de políticas, isto é, determinar como elas surgiram, como foram implementadas e quais os seus resultados;
- b) Estudo do processo das políticas (*study of policy process*): nele, os analistas dirigem a atenção para os estágios pelos quais passam questões e avaliam a influência de diferentes fatores, sobretudo na formulação das políticas;
- c) Estudo do resultado das políticas (*study of policy output*), no qual os analistas procuram explicar como os gastos e serviços variam em diferentes áreas, razão por que tomam as políticas como variáveis dependentes e tentam compreendê-las em termos de fatores sociais, econômicos, tecnológicos e outros;
- d) Estudo de avaliação (*evaluation study*), no qual se procura identificar o impacto que as políticas têm sobre a população;
- e) Informação para elaboração de políticas (*information for policy making*): neste caso, o governo e os analistas acadêmicos organizam os dados para auxiliar a elaboração de políticas e a tomada de decisões;
- f) Defesa de processos (*process advocacy*): os analistas procuram melhorar os sistemas de elaboração de políticas e a máquina de governo, mediante a realocação de funções, tarefas e enfoques para avaliação de opções;
- g) Defesa de políticas (*policy advocacy*), atividade exercida por intermédio de grupos de pressão, em defesa de idéias ou opções específicas no processo de políticas.

A análise pode partir da consideração de que o estado é “vulnerável”, permeável aos interesses e competições entre grupos sociais, sendo esta uma abordagem conhecida como societal ou pluralista da análise de política. Outra abordagem vê o estado como uma unidade, estrutura, que sofre influência de interesses econômicos na ação política, é conhecida com uma abordagem estruturalista. Posteriormente surge uma abordagem neo-institucionalista, que pretende agregar características das abordagens anteriores, e que considera que entre o estado

e a sociedade há instituições, que moldam o comportamento dos atores, demandam políticas e legitimam a ação do Estado (VIANA, 2008).

Para Arretche (2003) e Farias (2003), a análise política vem se expandindo no país, no entanto ainda há uma importante fragmentação temática e organizacional, o que não ocorre na maioria dos países industrializados, onde a análise de política está consolidada.

Para Farias (2003):

Há hoje uma Babel de abordagens, teorizações incipientes e vertentes analíticas que buscam dar inteligibilidade à diversificação dos processos de formação e gestão das políticas públicas em um mundo cada vez mais caracterizado pela interdependência assimétrica, pela incerteza e pela complexidade das questões que demandam regulação.

Dentre a grande diversidade de métodos de análise que geram subsídios para ação dos gestores públicos, a seguir são apresentados alguns dos tipos de análise de políticas públicas consolidadas no meio acadêmico.

O Modelo Racional Institucional que comportam um conjunto de abordagens que procuram compreender como as regras institucionais alteram o comportamento dos indivíduos motivados por seus interesses materiais (SABATIER; JENKINS-SMITH, 1999).

Os modelos incrementalistas reconhecem a complexidade do processo político, que é realizado passo a passo de maneira incremental, e procuram estudar os diversos fatores que compõem o contexto do entorno da política. Leva em conta não só o conhecimento científico produzido, mas também os valores socioculturais dos atores envolvidos e seus interesses. (LINDBLOM, 1979; WILDAVSKY, 1980).

O modelo conhecido como *Garbage Can* desenvolvido por Cohen, March e Olsen (1972), considera que existem vários problemas e poucas soluções, onde as soluções procuram por problemas, e a compreensão do problema e das soluções é limitada a tentativa e erros.

Há o conhecido modelo de equilíbrio interrompido - *Punctuated Equilibrium Model* - (BAUMGARTNER; JONES 1993) onde é considerado que na política há longos períodos de estabilidade, em que as mudanças se processam de forma lenta, incremental e linear, são interrompidos por momentos de rápida mudança (*punctuations*). Essa ideia é aplicada às agendas que mudam de forma rápida devido ao que os autores chamam de *feedback* positivo: algumas questões se tornam importantes, atraindo outras que se difundem como um efeito cascata (*bandwagon*).

Modelo das comunidades epistêmicas compreende um conjunto de profissionais, pesquisadores e especialistas, com expertise e competência reconhecida em determinado

campo do conhecimento e com capacidade de contribuir com a produção do conhecimento para o aprimoramento de determinada política pública (HAAS, 1992), tal como descrito por Kingdon (1995) no processo de difusão das idéias dentro das *policy communities*. Quando isso acontece, algumas idéias tornam-se populares e se disseminam, tomando o lugar antes ocupado por antigas propostas e abrindo espaço para novos movimentos políticos.

O modelo dos Múltiplos Fluxos de Kingdon (1995), que determina que para haver mudança política é necessário a conjunção de três fluxos: o fluxo político, o fluxo dos problemas e o fluxo das soluções (KINGDON, 1995)

Também muito comum atualmente em países desenvolvidos e em desenvolvimento são os modelos influenciados pelo “gerencialismo público” e pelo ajuste fiscal, onde a eficiência passa a ser vista como principal objetivo de qualquer política pública. Aliada à importância do fator credibilidade e à delegação das políticas públicas para instituições com “independência” política (SOUZA, 2007). Este método também é conhecido como econômico (BURKE, 2002), onde faz a análise da eficiência de uma determinada política, através da oferta e da demanda, da produção e consumo de bens e serviços, em função de uma utilidade para quem consome e de um benefício ou lucro para quem oferta.

O modelo das arenas sociais para que uma determinada circunstância ou evento se transforme em um problema é preciso que as pessoas se convençam de que algo precisa ser feito. É quando os *policy makers* do governo passam a prestar atenção em algumas questões e a ignorar outras (FREY, 2000; SOUZA, 2007). Segundo Aicher e Diesel (2003), o modelo das arenas políticas pressupõe que diferentes agentes ou grupos procuram se associar com outros grupos, que nem sempre têm os mesmos objetivos ou interesses com o intuito defender seus próprios interesses. Formam-se redes em relação a temas específicos que podem incorporar tanto instituições estatais como a sociedade civil.

Também há o modelo de análise baseado nas coalizões de defesa (*Advocacy Coalition Framework*), onde se entende que a política pública deveria ser concebida como um conjunto de subsistemas relativamente estáveis, que se articula com os acontecimentos externos, os quais dão os parâmetros para os constrangimentos e os recursos de cada política pública. Crenças, valores e idéias são importantes dimensões do processo de formulação de políticas públicas. Cada subsistema que integra uma política pública é composto por número de coalizões de defesa que se distinguem pelos seus valores, crenças e idéias e pelos recursos que dispõem (SABATIER, 1999).

Para Paul A Sabatier (1988, 1993, 1999) e Heintz (1988), a melhor forma de se analisar a formação dessas coalizões ou também conhecidos como subsistemas, é através do

“*Advocacy Coalition Framework*” (ACF) o qual propõe entender processos políticos não como lutas entre interesses opostos ou antagônicos, mas sim como processos de aprendizagem.

Há diversas formas de se analisar políticas públicas, entre elas, uma das mais difundidas é o modelo de análise a partir do ciclo das políticas onde é feita uma desagregação do processo de uma política em fases ou estágios e os conjuntos dessas fases fariam o ciclo de uma política. Esse é um dos métodos mais populares de análise de política (FREY, 2000; VIANA, 2008).

Há quem divida o processo de análise de políticas públicas em quatro fases: definição da agenda, formulação, implementação e avaliação. A definição da agenda é quando um determinado tema passa a chamar atenção dos formuladores de política. Na fase de formulação, as regras normas e legislação são criadas para a execução da política. Na fase de implantação o governo executa o que ficou definido e na fase de avaliação, verifica os resultados (WALT, 2008).

## **4.4 Ciclo das Políticas**

### **4.4.1 Definição da agenda**

O primeiro passo é o reconhecimento de um problema como relevante, fazendo com que o problema entre numa agenda de discussões, e para que o mesmo possa fazer parte de uma agenda é necessário que haja desde uma calamidade até uma articulação de grupo de interesses (VIANA, 2008). A forma com que o problema é definido é muito importante no processo de persuasão e é importante na escolha da solução (FISCHER; MILLER; SIDNEY, 2007).

O problema pode ser definido e representado de diversas maneiras, dependendo do objetivo do proponente de determinada escolha e a natureza do problema e do debate político. O processo de definição do problema e da persuasão para uma vasta população é conhecida como construção social. Construção social se refere à maneira como quem faz parte da sociedade e dos grupos de interesse interpretam como os problemas vêm e como podem ser enfrentados. Um grupo que pode criar e promover de maneira mais eficaz e representativa o

problema pode fazer com que ele faça parte da agenda governamental e com isso se acelere uma resolução para o problema (FISCHER; MILLER; SIDNEY, 2007; VIANA, 2008).

John Kingdon (2003), no Modelo de Múltiplos Fluxos (*Multiple Stream Model*) descreve que para uma questão passa a fazer parte da agenda governamental, quando, por alguma razão, desperta o interesse dos formuladores de políticas e passa a fazer parte da agenda decisional desses atores. Para que uma questão componha a agenda decisional é necessária à convergência de três fluxos: problemas, soluções ou alternativas e política.

Para que uma determinada questão se transforme em problema (*problem stream*) e desperte a atenção dos formuladores de política é preciso que existam indicadores que apontem a importância do problema, eventos, como desastres naturais, epidemias e por fim o *feedback* de alguma programa ou ação que foi anteriormente tomada e que não surtiu resultados almejados (CAPELLA, 2007).

A definição do problema é fundamental para sua entrada na agenda política, por isso ele deve ser bem definido e articulado, para que possa despertar o interesse dos formuladores de política.

O segundo fluxo – *policy streams* – temos um conjunto de alternativas e soluções (*policy alternatives*) disponíveis para os problemas. Pode acontecer de haver uma solução antes mesmo de uma determinada questão se tornar um problema. Assim as questões que estão na agenda governamental não surgem aos pares, com problemas e soluções (CAPELLA, 2007).

Finalmente, o terceiro fluxo é composto pela dimensão política propriamente dita (*politics stream*), o fluxo político segue sua própria dinâmica e regras. No fluxo político as coalizões são construídas a partir de um processo de barganha e negociação política. Nesse fluxo, três elementos exercem influência sobre a agenda governamental:

- a) O primeiro é chamado por Kingdon de “clima” ou “humor” nacional (*national mood*) e é caracterizado por uma situação na qual diversas pessoas compartilham as mesmas questões durante um determinado período de tempo. Isso facilita a entrada de algumas questões na agenda governamental, enquanto outras são descartadas;
- b) O segundo elemento do fluxo político é composto pelas forças políticas organizadas, exercidas principalmente pelos grupos de pressão. Os grupos podem estar atuando conjuntamente ou então de forma oposta, o que vai influenciar no sucesso ou não de uma proposta. A percepção de que uma proposta não conta com apoio de alguns setores não implica necessariamente no abandono de sua defesa, mas indica que haverá custos durante o processo;

c) O terceiro fator a afetar a agenda são as mudanças dentro do próprio governo: mudança de pessoas em posições estratégicas dentro da estrutura governamental (*turnover*); Esses acontecimentos podem exercer grande influência sobre a agenda governamental ao desencadear mudanças que potencializam a introdução de novos itens na agenda, ao mesmo tempo em que podem também bloquear a entrada ou restringir a permanência de outras questões. O início de um novo governo é, segundo Kingdon, o momento mais propício para mudanças na agenda.

Considerando que os indivíduos operam com racionalidade limitada, para lidar com a multiplicidade de questões políticas, os governos delegam autoridade para agentes governamentais, em subsistemas políticos. Assim, segundo Baumgartner e Jones (1993), algumas questões permanecem nos subsistemas, formados por comunidades de especialistas, ao passo que outras acabam por integrar o macrossistema, promovendo mudanças na agenda.

Para Matus (1996) a busca pela resolução de um problema por parte dos atores passar por três razões: o valor do problema para o ator, eficiência ou eficácia com que pode transformá-lo, e a possibilidade de enfrentá-lo com êxito. É nesse momento que é observado se há recursos, se há uma concentração de esforços, se há possibilidade de obter resultados diante do tempo planejado, entres outros fatores a serem analisados.

#### 4.4.2 Formulação da política

Para Matus (1996) a formulação da política é realizada durante o momento normativo, onde se define a estratégia a ser utilizada, como deve ser a decisão e execução da política e como devem ser as normas que serão utilizadas como referência para os executores da política. O processo de formulação de uma política é o momento em que são elaboradas diversas soluções para o problema, que pode ser entendido como o diálogo entre intenções e ações (VIANA, 2008).

Para Kingdon (2003) as alternativas e soluções são geradas em comunidade (*policy communitie*), formada por especialistas, pesquisadores, assessores parlamentares, acadêmicos, analistas pertencentes a grupos de interesse, funcionários públicos, entre outros. Alguns grupos são resistentes às novas idéias, com isso há necessidades de difundi-las através de congressos, publicações, e outros fóruns. Esse processo de persuasão facilita à expansão do número de adeptos a determinada idéias a entrada na agenda decisional e a implantação de

uma determinada política. As idéias têm uma maior importância que os próprios grupos que fazem pressão sobre aqueles que são responsáveis pelo processo decisório (CAPELLA, 2007).

Oliveira (2005) relata que há quem enxergue a formulação de políticas públicas como um plano, com isso envolvendo tomada de decisões políticas, reuniões de discussão, mapas detalhados, modelos matemáticos e cenários, criação de legislação e distribuição de responsabilidades. Uma vez que terminem essas etapas, assume-se que automaticamente as ações planejadas serão implementadas e atingirão os resultados esperados, se o plano foi bem-feito e tiver o orçamento aprovado. Caso o plano desenhado inicialmente seja bom, o resultado ao final será bom. Se o plano é ruim, o resultado é ruim. Portanto se a política for formulada por especialistas, com experiência e capazes de “anteceder o futuro e fazer planos corretos que levem aos resultados calculados” (OLIVEIRA, 2005). No entanto há políticas que possuem todos estes pré-requisitos e não alcançam os resultados almejados. Para Oliveira, o problema provavelmente ocorreu na implementação.

#### 4.4.3 Implementando a política

A implementação refere-se ao momento em que os objetivos definidos são traduzidos em ações. É o momento crucial, pois quando não se atinge o objetivo definido muitas vezes isso é considerado como falha de gestão, ou gerenciamento pobre. Sendo assim, essa fase representa como sendo um aspecto crucial da realidade na elaboração políticas (ALMEIDA; REBELATO, 2010).

A fase de implementação de uma política é considerada como uma fase extremamente delicada do processo, pois é neste momento que são enfrentados os obstáculos que foram observados durante o planejamento e as novas dificuldades que se apresentam. Seria o momento tático-operacional do Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Matus (1996), neste momento, para o autor, os principais empecilhos são a comunicação e o tempo ou o ritmo de implementação, que estes fatores determinarão uma retroalimentação do processo político.

A implementação requer um entendimento de sua complexidade e de sua interação com o processo de planejamento. O resultado de um processo de planejamento, incluindo sua implementação, tem que ser visto como uma série de eventos em cadeia com uma complexidade de interações recíprocas para que obtenham o resultado esperado, e muitas

vezes esta cadeia não pode ser prevista ou controlada (OLIVEIRA; MAGONE; PEREIRA, 2005).

Luke (2005) destaca que é importante entender como ocorreu a implementação, que fatores influenciaram o processo. Neste momento onde se descobre as reais possibilidades de uma política, onde se apresentam quem são os atores que apóiam ou não, nesta fase se estabelecem novos pactos com novos atores que muitas vezes não fizeram parte do pacto inicial de formulação da política (VIANA, 2008).

Menadue (2008) traz a dificuldade em se realizar a implementação de uma política, pois a formulação, apesar de todas as suas peculiaridades e complexidade, é mais simples de obter êxito. A implementação é mais complexa porque lida com diversas interferências internas e externas, que muitas vezes não foram calculadas e esperadas no momento da formulação. Por isso a importância da formulação de ser realizada pelo maior espectro possível de atores envolvidos com a política, o que leva a uma aproximação maior entre a teoria e a prática.

Há dois modos de se analisar a implementação e que são bastante estudados na literatura especializada. Existe uma forma mais tradicional de implementar a política que faz uma separação clara entre a formulação e a implementação conhecida como *top-down* onde a implementação é realizada de forma hierarquizada, pois alguns órgãos do Estado detêm o poder suficiente para criar programas. Dessa forma, quando se pretende formulá-los, parte de um nível centralizador o que significa que um programa expressa as decisões e preferência de uma autoridade central. Um exemplo da implementação *top-down* são as políticas nacionais que são influenciadas pelo ministro da saúde, as locais são influenciadas pelo secretário de saúde (ALMEIDA; REBELATO, 2010; ARAÚJO; MACIEL FILHO, 2000; SABATIER, 1986).

Outra visão, antagônica à primeira, enfatiza a importância de se levar em consideração no fluxo do processo de planejamento aqueles que estão mais próximos às ações resultantes das políticas, ou seja, vêm o processo de baixo para cima (*bottom-up*) população afetada pela política e os agentes do estado em contato com ela (chamados burocratas da rua) poderiam e deveriam influenciar de forma mais intensa o processo de planejamento de políticas públicas. De acordo com autores que apóiam essa visão, ela seria justificada, primeiramente, por questões de efetividade e eficiência, que esses atores sabem exatamente o que acontece e o que seria melhor para se alcançar os resultados da política. Neste entendimento o processo de formulação e implementação deveria ser influenciado por diversos atores que, muitas vezes, tem conhecimento, interesse e valores diferentes e

irreconciliáveis, e que certas determinações que fariam parte do momento da formulação só são tomadas durante a implementação (ARAÚJO; MACIEL FILHO, 2000; OLIVEIRA; MAGONE; PEREIRA, 2005; SABATIER, 1986; VIANA, 2008).

O que é mais relevante na implantação de uma política não é quem implementa e sim como implementa. Pois o implementador deve possuir um olhar no presente, direcionado para o futuro sem esquecer do passado. Planeja quem governa, planeja quem implementa, pois em última instância, também ‘governam’ os atores que implementam. (LYRA, 2009).

#### 4.4.4 Avaliando as políticas implementadas

Para alguns autores a avaliação de uma política deve ser realizada durante todo o processo (MATUS, 1996). A avaliação é fundamental para criar as condições para que uma política seja fortalecida, alterada ou até mesmo abandonada (VIANA, 2008).

Derlien (2001) identifica três funções atribuídas à avaliação de políticas: de informação (como está funcionando a política?), de alocação (como estão ocorrendo os gastos?) e de legitimação.

Para Cunha (2010) a avaliação não é uma atividade isolada e auto-suficiente. Ela é uma das etapas do processo de planejamento das políticas e programas governamentais: gera informações; analisa resultados que podem sugerir a necessidade de reorientação das ações para o alcance dos objetivos traçados.

Defende-se o princípio de que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional, na avaliação, são observados os resultados, no intuito de subsidiar uma análise da política, reconduzindo seu curso (FELISBERTO, 2006; VIANA, 2008).

A avaliação pode ser realizada internamente, realizada pela própria instituição; externamente, com a participação de organismos externos com notório saber sobre o tema; mista, quando há participação de avaliadores internos e externos; e, por fim, avaliação participativa, a qual é realizada em parceria com os beneficiados da política (CUNHA, 2010).

Existem três mecanismos utilizados pelos avaliadores e que podem chamar atenção do governo e favorecer alterações em determinadas políticas: divulgação de indicadores negativos; situações de calamidade; retroalimentação que mostra a incapacidade de políticas atuais. O que faz com que haja a união de grupo de empreendedores, especialistas na área ou

pessoas interessadas que investem em recursos variados, no intuito de no futuro poder colher uma política pública que respondam as suas demandas (VIANA, 2008).

No Brasil, a avaliação em saúde apresenta-se ainda de maneira incipiente, pouco incorporado às práticas, possuindo quase sempre, um caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo. Não faz parte da cultura institucional, aparecendo de maneira pouco sistemática e sistematizada, e nem sempre contribuindo com o processo decisório e com a formação dos profissionais (FELISBERTO, 2006). Sendo este um dos campos do planejamento das políticas de saúde no Brasil que mais precisa ser fortalecido, no intuito de melhorar a eficiência e efetividade dos recursos empregados.

## 5 ANÁLISE DE POLÍTICA DE SAÚDE

Segundo A omspolítica de saúde são acordos ou consenso sobre as questões de saúde, metas e objetivos a serem resolvidas, as prioridades entre os objetivos e as principais orientações para a resolução dos mesmos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999).

A análise de políticas de saúde se estabeleceu como disciplina em países industrializados ao contrário do que ocorre em países em desenvolvimento. O inicial otimismo devido à revolução da atenção primária no fim dos anos 1970 se deparou com algumas tendências: escalada dos custos e menor orçamento da saúde devido à recessão; a emergência da AIDS e de diversas doenças crônicas; a persistência de doenças negligenciadas; desmotivação dos profissionais de saúde; aumento de doenças resistentes às drogas. Devido a isso, elevou-se a importância de se analisar as políticas de saúde, que muitos países implantaram programas que levaram a cortes nos serviços públicos, introdução ou aumento de encargos para o cuidado da saúde, e liberação do setor saúde para a iniciativa privada (WALT; GILSON, 1994).

Walt (1996) divide as políticas em macro-políticas (como decisões ligadas a macroeconomia e à segurança nacional) que envolvem objetivos de longo prazo e interesses maiores, diferentemente das micro-políticas que possuem objetivos de prazo menor e que envolvem principalmente interesses setoriais.

Na saúde, com frequência, as políticas se enquadram na categoria de micro-políticas, no entanto isso não significa que as políticas de saúde não podem fazer parte das macro-políticas, e isso deve estar bem claro para os formuladores das políticas. (WALT, 1996). E como afirmava Frenk (1995), saúde e economia possuem uma ligação muito forte. A saúde é essencial para um desenvolvimento social, por isso pode ser considerada uma macro política, e representa uma parcela importante da economia. Investimentos em equidade, eficiência e melhoria na qualidade dos serviços de saúde tem um impacto positivo na atividade econômica, pois melhora o capital humano, aumenta a produtividade e competitividade, cria empregos, encoraja desenvolvimento científico e inovação tecnológica. Ao contrário, sistema de saúde improdutivo provoca um efeito negativo na economia, pois aumenta inflação, reduz produtividade e competitividade, eleva as desigualdades.

Talvez devido a isso, no início dos anos 1990 o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) cedeu um maior aporte de recursos para que os países da América Latina fizessem reformas em seus sistemas de saúde (GLASSMAN *et al.*, 1999). E desde

então há um aumento no interesse em se realizar uma análise das políticas de saúde nesses países.

Novos paradigmas têm que ser implantados para análise do setor saúde, para entender os fatores que influenciam efetivamente as mudanças políticas, uma política que supervalorize critérios técnicos sem levar em conta os critérios políticos pode ficar apenas no papel. Saber interagir e analisar os critérios técnicos e políticos pode ser decisivo para o sucesso de uma política de saúde (GILSON, 2008).

Ambientes de política de saúde nos países de renda média e alta são diferentes daqueles em países de baixa renda onde, por exemplo, existe arcabouço jurídico mais frágil, baixa capacidade de regulação e sistemas de vigilância, ausência de recursos para investimento para influenciar os tipos e qualidade dos serviços prestados, clientelismo político e maior dependência externa, entre muitas outras diferenças, e isto deve ser considerado na análise das políticas de saúde desses países (WALT, 2008).

Existem diversas abordagens, modelos para se analisar as políticas de saúde. Há estudos que procuram focar na análise dos interessados com a política e sua influência sobre os idealizadores das políticas, há outros estudos que realizam uma análise do processo político e também há aqueles que se prendem ao conteúdo da política (COLLINS, 2005; BUSE, 2008).

A análise dos interessados faz a aproximação das ferramentas ou grupo de ferramentas sobre os atores – individuais e organizações – para entender seus comportamentos, intenções, inter-relações, e interesses; e para apresentar a influência e os recursos que ele invocam para fazer a decisão e realizar o processo de implementação (BRUGHA; VARVASOVSKY, 2000).

Buse (2005) diz que ao longo dos últimos dez anos os estudiosos reconheceram que uma mudança na natureza da política e de decisão política, entre elas as de saúde, aponta para o envolvimento de um conjunto muito maior de atores no processo político (BUSE et al., 2005).

Frenk (1995), ao analisar a reforma do sistema de saúde mexicano, aponta quatro níveis de reformas políticas de saúde: sistêmico, programático, organizacional e instrumental. Na essência, o nível sistêmico lida com a estrutura e a função do sistema, especificando os arranjos segundo regulação, financiamento e serviços oferecidos; o nível programático se refere ao conteúdo material do sistema especificando suas prioridades, por exemplo, através de um pacote universal de serviços de saúde a serem oferecidos à população; no nível organizacional há preocupação com a produção real de serviços, centrada em questões de

garantia de qualidade e eficiência técnica; e instrumental, este nível gera a inteligência institucional para melhorar o desempenho do sistema através da informação, investigação, inovação tecnológica e de desenvolvimento dos recursos humanos. É evidente que uma reforma abrangente deve incluir todos os quatro níveis, no entanto, uma iniciativa de reforma específica pode iniciar em qualquer dos níveis e avançar para os outros desde que as circunstâncias permitam. Reforma não é um evento “tudo ou nada”. Pode “valer a pena”, dependendo das condições sociais, econômica, políticas de um país, realizar apenas uma reforma parcial.

Segundo Mannheim (2007), são necessários para que uma política de saúde obtenha sucesso, a aproximação entre os decisores (políticos de alto escalão), formuladores (pesquisadores e expertises do tema), os implementadores (profissionais).

Há locais em que apesar de ocorrer um contexto favorável em termos financeiros, políticos e econômicos para a realização de reformas dos cuidados de saúde ao longo dos últimos anos, com estabilidade política, crescimento econômico relativamente elevado e um investimento maciço em diversas áreas sociais. O processo de reforma dos cuidados de saúde pode não ocorrer devido a falta de interesse de alguns atores importantes, leva a inércia e falta de decisões (OLIVEIRA; MAGONE; PEREIRA, 2005).

Um dos principais modelos de análise de políticas de saúde foi discutido por Walt e Gilson (1994), onde as mesmas se propunham a analisar o contexto, o conteúdo, processo e os atores envolvidos nas reformas dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento (WALT; GILSON, 1994).

### **5.1 O modelo de Walt e Gilson (1994) – Triângulo de análise de políticas de saúde**

As políticas são formuladas diante e através de realidades multifacetadas. Política desenvolvida em um contexto particular, possui uma relação íntima com este contexto e por isso efeitos sobre ele. Consequentemente, explorar e entender os contextos podem ser úteis: conhecer as possíveis características intrincadas da política acesso a coerência da mesma; se tem ou não possibilidade de gerar impactos positivos; se realmente a política é necessária e suficiente para chegar aos efeitos desejados (BRITO, 2007). No entanto, nem sempre foi tão claro se entender que a política não é só formada pelo seu conteúdo, e sim por todo o processo, que também envolve o contexto, e principalmente, os atores envolvidos.

O método de Walt e Gilson (1994) ao analisar a política vai além porque enquanto se preocupa com o processo de decisão política, também há forte preocupação com o comportamento do ator na formulação e execução da política e do contexto em que as políticas são promulgadas. Oferece um quadro muito mais amplo para se pensar a política de saúde. Este modelo não é simplesmente sobre a prescrição ou descrição, e nem se desenvolvem em um vácuo social, é resultado de complexas interações sociais, políticas e econômicas. Neste modelo de análise de políticas há aproximação dos conceitos de diversas disciplinas, com domínio da economia e política (WALT, 1994).

O contexto de desenvolvimento das políticas de saúde tem mudado. Anteriormente caracterizado pelo consenso e com o aumento dos temas discutidos por parte do setor saúde há uma elevação de conflitos e necessidade de se buscar caminhos alternativos.

Utilizando-se um conceito simples de análise (figura 1), com a incorporação do conceito de contexto, atores, processo assim como o conteúdo, os formuladores de política e pesquisadores são capazes de entender melhor o processo de mudança na saúde e planejar para uma implementação mais efetiva. Apesar de suas limitações, o modelo pode ser utilizado retrospectivamente ou prospectivamente.



Figura1: **Um Modelo para Análise de Política de Saúde**  
 Fonte: Adaptado de Walt e Gilson (1994).

Esta é uma maneira simples de se apresentar um intrincado sistema de inter-relacionamentos e passa a impressão que devem ser vistos separadamente. Na verdade os atores são influenciados (individualmente ou como de grupos de interesse ou associação de profissionais) pelo contexto em que trabalham em ambos os níveis tanto macro governamentais quanto micro institucionais. O contexto é afetado por diversos fatores, como instabilidade ou incertezas criadas por mudanças no regime político; por ideologia neoliberal

ou socialista; por experiências históricas e cultura. O processo (como os assuntos entram na agenda política) por sua vez é afetado pelos atores, suas posições na estrutura de poder, seus valores e expectativas. E o conteúdo da política algo de todas as outras dimensões. Em outras palavras, um olhar ampliando sobre o contexto, atores, conteúdo e processo pode expor por que uma determinada política alcançou ou atingirá seus objetivos e o porquê destes resultados (WALT; GILSON, 1994).

### 5.1.1 Contexto

Reconhece-se que há fatores além do contexto da saúde, o que seria o macro-contexto, e para que se faça um estudo mais completo do contexto é importante dividi-lo em macro-contexto, que significa a sociedade por inteiro e o micro-contexto que é focado no setor saúde (ARAÚJO, 2000).

#### 5.1.1.1 *O macrocontexto*

São organizadas três esferas: política, econômica e social.

- a) A esfera política considerada como local onde há o fluxo de poder entre distintos grupos da sociedade. Quem está no governo, quem está apoiando, quem se opõe, quem ganha e até quem perde no processo político. Na esfera política busca-se identificar: mudanças políticas, regime político, ideologia, políticas públicas e influência internacional, e outros fatores que provocam alguma alteração no processo político de tomada de decisão por uma determinada política de saúde;
- b) A esfera econômica considera a produção e distribuição/concentração de riquezas. A política econômica do governo, taxa de inflação, PIB *per capita*, níveis de crescimento, estabilidade, contas externas, posição na economia mundial, investimentos de estrangeiros, entre outros;
- c) Por fim a esfera social, o espaço onde as realizações e problemas tomam seu lugar. Crescimento e concentração populacional, distribuição de bens e riquezas, prevalência de pobreza, moradia, emprego, educação. Atenção especial deve ser dada às mudanças

demográficas, nível de desenvolvimento humano e qualidade de vida, prevalência de pobreza, e a distribuição de riqueza e consumo da população.

#### 5.1.1.2 *O microcontexto*

Microcontexto – contempla os aspectos setoriais da política em questão:

- a) O âmbito político setorial, no qual são ressaltadas as diretrizes e linhas de ação da política de saúde, o contexto político-institucional no setor saúde;
- b) A estrutura do financiamento setorial: as finanças setoriais, os gastos com a política e suas tendências nas três esferas de governo, os mecanismos instituídos de repasses financeiros, assim como as fontes e o valor dos recursos destinados à política;
- c) E o panorama sanitário, epidemiológico e de organização de serviços, contemplando os principais problemas e mudanças no contexto epidemiológico e sanitário, assim como os aspectos referentes à organização da rede de serviços de saúde.

#### 5.1.2 Conteúdo da Política

O conteúdo é o corpo da política que é expresso através de diversos componentes, como: programas, projetos, atividades específicas, objetivos e metas. De acordo com esta compreensão, analisar o conteúdo de uma política é fundamental para seu entendimento. Para Souza (2007) As políticas públicas se desdobram em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e grupos de pesquisa.

Comparando-se a Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Matus (1996), o conteúdo da política é o que vai transformar uma situação real em situação desejada. As políticas sociais e suas propostas devem ser direcionadas a combater problemas ou grupo de problemas, identificados por atores sociais que comandam o processo. Walt (1994), também traz a orientação da política em direção ao problema. Decisão política envolve agir sobre determinado problema, mas isso inclui decisões subsequentes relacionadas à implementação e execução.

Depois de identificado o problema, o conteúdo da análise deve se concentrar nas propostas, objetivos e metas. Também baseado nas formulações de Matus (1996), como principais recursos pra se realizar uma política são: recursos materiais, como equipamentos e dinheiro, por exemplo; recursos técnicos e organizacionais, relativos ao conhecimento, organização e capacidade de gestão para se alcançar as propostas; e os recursos políticos, basicamente o poder de fazer a política viável. A organização interna das propostas, em relação à sequência e ação e sua coerência externa é também examinada.

Finalmente, as propostas são apreciadas em termos de suas saídas e resultados, e possíveis resultados, e também se alcança o problema que ele quer combater (ARAÚJO 2000).

### 5.1.3 O processo político

As interações e as relações sociais que conduzem às decisões políticas e ao controle e à revisão dessas decisões constituem o que se denomina processo político, ao passo que os componentes e as estruturas nos quais o processo se realiza constituem o sistema político da sociedade. Não é tarefa fácil identificar, com clareza, os distintos processos políticos que conduzem às decisões e às formulações de políticas. Esses processos podem ocorrer nos espaços oficialmente designados pelo sistema político, mas também podem ocorrer em fóruns extra-oficiais, nos quais atores influentes utilizam seu poder para influir nas decisões políticas (SILVA, 2001b).

Para Araújo (2000), a análise do processo político deve ser focada nos problemas apontados pelos formuladores e decisores da política.

A composição da sequência de decisões que compõem o processo de formulação de uma política parece ser mais bem identificada quando a análise da estrutura esta ajustada a essas decisões. O processo político é frequentemente dividido em fases, como: formulação da política, implementação da política, evolução da política e retroalimentação. De outra forma, alguns analistas dividem subdividem o processo em seis estágios: início, estimativa, seleção, implementação, evolução e término. Lembrando-se que não existe uma fronteira clara entre as fases do processo político, que inclusive podem até ocorrer simultaneamente (ARAÚJO, 2000).

Para Araújo e Maciel Filho (2001) há basicamente dois principais grupos de opinião que tem posse do poder e podem influenciar as decisões no processo das políticas de saúde:

- a) Visão pluralista democrática: quando o conhecimento e o poder são distribuídos entre grupos, instituições e indivíduos da sociedade. Embora essa divisão não seja equitativa, ela nunca é concentrada na mão de poucos, podendo vir de “baixo para cima” (com abertura para o envolvimento de todos os grupos interessados);
- b) Visão elitista: sempre há um grupo dominante, ou até mesmo uma classe dominante que influencia as decisões em todos os campos. Ou seja, de “cima para baixo” (considerando apenas os gestores de primeiro escalão).

Entende-se que quando as decisões são tomadas coletivamente há um favorecimento da participação popular, pois direta ou indiretamente alguns de seus representantes participam do processo político. No caso, o governo deve ser significativamente aberto a negociar ou acordar com os representantes ou os grupos sociais. De qualquer maneira, a idéia de que o governo se comporta de maneira neutra é altamente questionada. Para Walt (1994), o governo possui fortes ligações com grupos de interesses nacionais e internacionais, os quais influenciam nas decisões.

Os que defendem a via elitista apontam que nos países em desenvolvimento onde os grupos capazes de participar e influenciar a formulação das políticas são limitados, são poucos que põem seus interesses nos objetivos e metas das políticas. Há aqueles que questionam esta visão, pois há uma subestimação do poder das elites em manobrar os outros grupos, que não apenas os formuladores das políticas (WALT, 2006).

Então, o processo político vai desde a identificação do problema e sua entrada na agenda, até a sua implementação e avaliação. Nesse sentido, é importante analisar as relações existentes entre os diferentes níveis de governo, as estratégias políticas para a sua implementação e os recursos envolvidos (BRITO 2007).

#### 5.1.4 Os atores

O crescente interesse pelo estudo dos atores de uma política se deve ao reconhecimento de como as características e os interesses dos diversos grupos de indivíduos que se relacionam com as organizações influenciam o desempenho destas. Esta questão tem ligações com o campo da política, do desenvolvimento e da administração, e neste último,

evoluiu como um instrumento sistemático que permite realizar uma investigação do ambiente organizacional, podendo também ser usado para gerar conhecimentos sobre os diversos atores de modo a melhor compreender seus comportamentos, intenções, inter-relações, agendas, interesses, influencias e recursos que estes agregam ou poderiam agregar. Estes aspectos por sua vez, podem ser usados para criação de estratégias nas organizações em relação a como melhor lidar com estes atores, alcance de objetivos organizacionais e leitura do contexto político (VARVASOVSKY; BRUGHA, 2000).

Os atores são aqueles que de alguma forma, participam efetivamente do processo político, influenciam desde a definição até a avaliação do problema. São fundamentais para definição do conteúdo da política e influenciam e são influenciados pelo macrocontexto e micro-contexto. Os atores participam de alguma forma no processo político. Formuladores, implementadores, defensores ou opositores, eles adicionam seus valores ideológicos, visões políticas, e propostas praticas para o processo, e assim influenciam o curso da política. Segundo Walt (1994), os principais aspectos que determinam as mudanças políticas são o grupo de atores envolvidos e o foco do governo.

A associação de atores pode ser formal ou informal, visível ou invisível, e a conjuntura pode atrapalhar ou favorecer o processo. Eles podem fazer parte ou não do governo, suas posições e preferência podem mudar ao longo do tempo (THOMAS; GILSON 2004). Os primeiros têm poder de influência na definição da agenda governamental, enquanto a agenda decisional é fortemente influenciada pelos atores invisíveis, que muitas vezes apontam as alternativas e a viabilidade de solucionar um determinado problema (CAPELLA, 2007). Os principais atores visíveis (que determinam a agenda governamental) são os políticos, dos altos escalões da administração, o legislativo, os grupos de interesse, a opinião pública e a mídia. O grupo de atores invisíveis (tem influência na tomada de decisão) é composto por servidores públicos, analistas de grupos de interesse, assessores parlamentares, acadêmicos, pesquisadores e consultores (KINGDON, 2003).

Os atores envolvidos em uma determinada política podem ser atores individuais ou organizações. Para a sua análise é importante buscar entender seus objetivo, comportamento, inter-relação e interesses. Para ter acesso a influência, recursos e pressões que no momento da decisão ou do processo de implementação. As informações da análise ajudam a entender como a política tem se desenvolvido e conhecer a viabilidade e as futuras direções da mesma (VARVASOVSKY; BRUGHA, 2000).

De acordo com Matus (1996), qualquer instituição personalidade ou movimento social capaz de produzir eventos alterando de alguma forma o cenário particular do foco da política,

pode ser referido como “Ator”. Como explicado por Matus (1996), uma característica comum aos atores sociais é o poder que eles possuem.

Para Varvasovszky e Brugha (2000), a análise dos atores antes da implementação é menos complexo e leva menos tempo do que a exploração e análise da política e facilita que os resultados esperados sejam alcançados. Devem ser considerados os atores que são afetados, influenciados ou que tem interesse sobre a questão, podendo ser incluídos atores individuais, organizações, diferenças individuais dentro da organização, e redes de indivíduos ou de organizações.

A participação dos atores no processo político, segundo Thomas e Gilson (2004) não é estática, e de acordo com Eden (1996 apud THOMAS; GILSON, 2004) a participação dos atores pode ser analisada a partir do seu interesse e poder. Devem-se possuir estratégias para aglutinar o maior número de atores importantes no processo político, favorecendo a sustentação e a legitimação da política.

Para Thomas e Gilson (2004) há indivíduos que se apresentam numa posição em que há muito interesse, no entanto pouco poder são chamados “Sujeitos”, há aquele que tem pouco poder e pouco interesse que seria o “população/usuários”, outros atores tem poder e não possuem muito interesse, estes são os “Líderes”, por fim há quem tenha muito poder e interesse, sendo estes conhecidos como os “Jogadores” da política, os quais tem maior capacidade de mudar os rumos da mesma (Figura 2). Onde o autor considera que a postura dos atores é dinâmica<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Para Thomas e Gilson (2004) os termos em inglês são: *Subjects*, *Crowds*, *Players* e *Leaders*, traduzidos livremente como sujeitos, população, jogadores e líderes.



Figura 2- Organização de categorias de indivíduos para análise de atores, segundo interesse e poder.  
Fonte: Eden (1996 apud THOMAS; GILSON, 2004).

## 6 PERCURSO METODOLÓGICO

Para Martins (2004), o “fazer ciência” não segue um único modelo ou padrão de trabalho científico. Ao contrário, a forma de pesquisar depende de diversos fatores e foi sempre marcada pela diversidade de métodos (e de técnicas) de investigação e de métodos de explicação.

Neste segmento do trabalho são demonstradas as razões pelas quais foram utilizados e quais os passos foram seguidos para a realização de estudos qualitativos (entrevistas e grupos focais), análise de dados quantitativos e análise documental, como, por exemplo, o estudo das atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS). Além de se apresentar como foram analisados os dados coletados na fase de campo da pesquisa e qual o arsenal e técnicas foram lançados mão para a construção dos resultados do trabalho.

### 6.1 Desenho de Estudo

Para Gunther (2006), o desenho utilizado em uma pesquisa científica depende de diversos fatores, como: materiais, temporais e pessoais. A questão não é colocar a pesquisa qualitativa *versus* a pesquisa quantitativa, e sim observar as implicações de natureza prática, empírica e técnica, o que significa, portanto, usar a abordagem teórico-metodológica que permita, num mínimo de tempo, chegar a um resultado que melhor contribua para a compreensão do fenômeno e para o avanço do bem-estar social.

No caso específico da presente pesquisa, realizou-se um estudo de caso com base na abordagem qualitativa e quantitativa.

Para Yin (2005), os estudos de casos primam por estudar os contextos e fenômenos onde os dados precisam convergir sejam eles quantitativos e\ou qualitativos, formando um triângulo, fazendo com que as variáveis e suas varias fontes de evidencia sejam amplamente discutidas. E não pode ser confundido com pesquisa qualitativa, pois o mesmo pode se utilizar tanto de métodos quantitativos quanto qualitativos, ou mesmo uma mescla dos métodos. A maior vantagem do estudo de caso é a possibilidade de aprofundamento que o estudo é capaz de proporcionar.

A opção por esse tipo de estudo tomou como referência a compreensão de que esse fica circunscrito a poucas unidades de análise, por isso a sua riqueza não está em sua extensão e sim na sua profundidade e detalhamento das unidades estudadas (TOBAR, YALOUR 2001). Portanto, por se referir a um fenômeno social complexo e dinâmico, que requer a análise da interação de diferentes variáveis na compreensão de seu processo, envolvendo mudança de práticas, de valores e até mesmo da cultura dos serviços, a escolha foi pela priorização de um método majoritariamente qualitativo na análise da política, e quantitativo quando da análise da evolução e da inserção das PIC nos serviços de saúde público do SUS do Recife. E para se alcançar tais pretensões de profundidade e detalhamento, optou-se pela associação entre essas abordagens (BRITO, 2007).

O momento qualitativo do estudo foi do tipo exploratório-descritivo, de caráter analítico, e utilizou como técnicas de pesquisa: a revisão bibliográfica, a análise documental sobre o tema “Práticas integrativas e complementares no SUS do Recife”, principalmente na atenção básica, com vistas a realizar uma análise da Política de PIC, além de conhecer a evolução dessas práticas no SUS municipal.

Conforme assinala Richardson (1989), a pesquisa qualitativa possibilita descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de determinadas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais contribui no processo de mudança de determinado grupo e possibilita em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Essa abordagem responde a questões muito particulares. “intuições”, “explorações e o subjetivismo”, seria um tipo de pesquisa que capta algo não perceptível, através de equações, médias e estatísticas (MINAYO 2001, 2004). Permite a aproximação com o que se deseja estudar e conhecer, e também cria um conhecimento a partir da realidade presente no campo (CRUZ NETO, 2001).

Para Minayo (2006), as abordagens qualitativas possuem peculiaridades, no entanto há um núcleo comum:

- (a) Referem-se à necessidade de levar em conta a participação e as percepções dos sujeitos envolvidos na criação e implementação de programas sociais;
- (b) consideram as relações e as representações como parte fundamental dos êxitos e limites das ações;
- (c) partem da crença de que é possível simplificar e tornar operativa, para fins de análise de intervenção, a abordagem antropológica;
- (d) Acreditam que os profissionais das áreas sociais, mesmo sem formação acadêmica em antropologia, teriam condições de aprender o instrumental dessa disciplina, para aplicá-lo na avaliação de ações e instituições, produzindo formas mais sistemáticas de críticas e sugestões de mudança.

Pesquisar com métodos qualitativos envolve, portanto, o emprego da observação em primeira mão, das entrevistas com perguntas abertas, dos relatos, em contraposição a números, tabelas e modelos estatísticos; há preocupação com a revelação do contexto e não tanto no de justificação e/ou aplicação; enfoca-se mais os significados do que da frequência dos fatos; a tendência a considerar os fenômenos sociais mais como particulares e ambíguos, do que como repetíveis e claramente definidos e captar a informação de maneira mais flexível e menos estruturada (TOBAR; YALOUR, 2001).

Apesar da não existência de uma descontinuidade entre as abordagens qualitativas e quantitativas, admite-se que um método não apresenta “superioridade” em relação ao outro, e de ambos poderem ser trabalhados de forma complementar, no entanto são marcantes as diferenças que existem entre as duas metodologias.

Não existe uma incongruência tão marcante entre qualitativo e quantitativo quanto se pensa, em que o primeiro termo seria o lugar da intuição, da exploração e do subjetivismo; e o segundo representaria o espaço do científico traduzido objetivamente e em dados matemáticos. Os conjuntos de dados quantitativos e qualitativos não se opõem. Ao contrário, complementam-se, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia (MINAYO *et al.*, 1994).

As abordagens quantitativas têm objetivos bastante específicos e apresenta resultados que podem ser expressos em números, taxas, proporções. Pode proporcionar o conhecimento e aprofundamento sobre a cobertura e a eficiência de programas (MINAYO, 2005). Os defensores dos métodos quantitativos apontam como sua principal vantagem a objetividade, que possui instrumentos padronizados, pretensamente neutros de coleta e análise dos resultados (MINAYO, 2000). O que facilitaria reprodução e testes dos estudos.

A escolha entre métodos quantitativos e qualitativos, ou entre a objetividade e a subjetividade, ou entre as ciências naturais e sociais, sempre foi bastante polêmica, por haver defensores convictos de que um método é melhor que o outro. Por isso vem crescendo a idéia de se realizar estudo que possam integrar complementarmente os dois métodos, trazendo contribuição de ambos para as pesquisas na área da saúde. Entende-se que o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanham o trabalho de investigação é considerado triangulação (MINAYO, 2006).

A postura própria da pesquisa por triangulação deve compreender que dados subjetivos (significados, intencionalidade, interação, participação) e dados objetivos (indicadores, distribuição de frequência e outros) são inseparáveis e interdependentes (MINAYO, 2006). Com Isso permite exercitar um processo de dissolução de dicotomias:

entre quantitativo e qualitativo, entre macro e micro; entre interior e exterior; entre sujeito e objeto.

Para o desenvolvimento da análise proposta nesse estudo, foram coletados dados referentes aos anos de 2004 até 2009. A opção por esse período para a obtenção dos dados considerou o ano da inauguração da UCI, como sendo o marco inicial do levantamento das informações, tendo-se um seguimento por cinco anos, encerrando-se no último ano com dados disponíveis no DATASUS. Dessa forma, buscou-se identificar tanto peculiaridades quanto às heterogeneidades da realidade a política de práticas integrativas em Recife, possibilitando, inclusive, o levantamento de hipóteses que podem ser mais bem testadas e analisadas em futuros estudos.

## **6.2 Área do Estudo**

O estudo foi realizado no município do Recife, que se estrutura numa área de 209 Km<sup>2</sup>, e população superior a 1, 5 milhões de habitantes. O território do Recife é subdividido, desde 1988, em 94 bairros, mediante Decreto N° 14.452/88. Para efeito de planejamento e gestão, a Cidade também é dividida espacialmente em seis Regiões Político-Administrativa (RPA), sendo cada uma destas subdivididas em três Microrregiões (MR), que agregam bairros com maiores semelhanças territoriais. Na saúde cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (RECIFE, 2002).

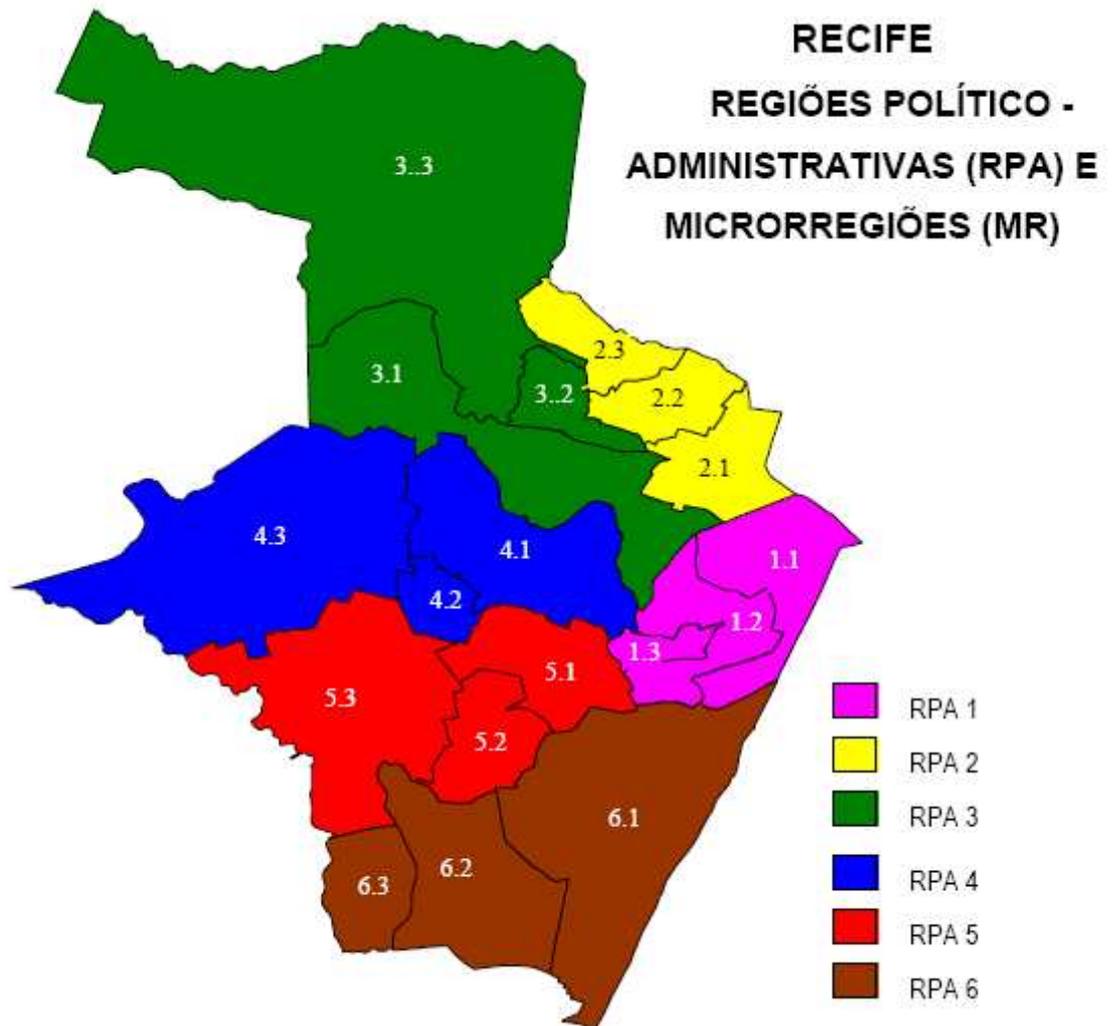


Figura 3– Mapa de Recife com suas Regiões Político-Administrativas e Microrregiões.

A escolha da cidade do Recife como unidade representativa decorre da necessidade de observar de maneira mais concreta a implementação das práticas integrativas no serviço público de saúde, pois Recife foi um dos primeiros municípios do país a criar uma unidade de referência nos moldes da UCIS outra razão foi entender a intenção de ampliar a oferta desse serviço. É importante destacar que, como em todo estudo de caso, neste estudo não se pretende que Recife seja um espelho da realidade nacional, uma vez que há especificidades ligadas ao campo da política que devem ser consideradas.

Outra questão importante relaciona-se à localização geográfica dessa cidade no nordeste do país, uma região considerada de desenvolvimento intermediário entre as regiões mais desenvolvidas/ricas (do sul e sudeste), e a menos desenvolvida e mais pobre (no norte do país). O que possibilitaria uma melhor apreensão do processo político em relação ao contexto nacional (RECIFE, 2002).

### 6.3 Fontes e Instrumentos de Coleta de dados

Os objetos, as coisas e os fenômenos se distinguem pela sua qualidade, pelo conjunto de propriedades que os distinguem. A qualidade de um elemento só é conhecida quando conhecemos as funções, as finalidades, propriedades e estrutura. E conhecer a quantidade de um objeto significa avançar no conhecimento do mesmo, identificar o grau de desenvolvimento ou intensidade das propriedades que lhe são inerentes (TRIVIÑOS, 2007).

Para Triviños (2007), quantidade e a qualidade estão unidas e são interdependentes. Não obstante isso, podem ser apreciadas diferenças notáveis.

A qualidade de um objeto não muda por uma simples mudança da quantidade ou, como já se expressou, por uma mudança de determinada propriedade se esta não é essencial. Mas a mudança de qualidade depende, em determinado momento, da mudança de quantidade. Para que esta dependência se concretize é preciso que se rompam certos limites das mudanças quantitativas. Para que um objeto se transforme em outro, isto é, para que a qualidade de um objeto desapareça, deixando de ser o objeto o que é, o que representa, e surja uma nova qualidade característica de um novo objeto, devemos reconhecer do que se denomina “a unidade de quantidade e qualidade”, que se denomina medida. A medida é uma dimensão, um quadro, um padrão. Quando as mudanças quantitativas se realizam dentro dos limites desse padrão, o objeto segue sendo o que, é isto é, ‘não muda sua qualidade’.

Para que os objetivos traçados no estudo fossem alcançados foi lançada mão de um arsenal de fontes de dados, primários e secundários, como descrito a seguir:

#### 6.3.1 Dados Primários

Como toda ação social se desenvolve em um contexto de complexidade crescente, envolvendo vários atores sociais, portadores de papéis, interesses, lógicas e linguagens diversos e não raramente contraditórios (FURTADO, 2006). Os dados primários foram coletados a partir de entrevistas com informantes-chaves com vistas a compreender a política de práticas integrativas no SUS municipal. Para isso, foram incluídos no estudo gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS, caracterizando a amostra como do tipo intencional, que é aquela em que o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção, etc.) de determinados atores (MARCONI; LAKATOS, 2006; NAVERRETE, 2006).

Com o intuito de se conhecer em profundidade as motivações, crenças e vontades dos sujeitos da pesquisa, a melhor forma de fazê-lo é através das entrevistas que tendem a levar o

pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo (TURATO, 2005). Para Richardson (1989) esta é a melhor oportunidade de entender o que se passa na mente do outro.

Minayo (1998) refere a entrevista como instrumento privilegiado de coleta de informações, pois o diálogo tem a possibilidade de ser revelador de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, transmite, através de um portavoiz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

A entrevista foi do tipo não-estruturada ou guiada, com a finalidade de conhecer comportamentos, atividades e motivações (RICHARDSON, 1989) e saber que, como e por que algo ocorre, em lugar de determinar a frequência de certas ocorrências, nas quais o pesquisador acredita (MINAYO, 2001). Através de uma conversação guiada, obtiveram-se informações para a construção da análise das políticas de práticas integrativas em Recife.

Optou-se por trabalhar com entrevista guiada, com os gestores e formuladores da política de práticas integrativas de Recife seguindo um roteiro específico, porém não definitivo que impedisse mudanças e novas formas de intervenção.

Também foram realizados os grupos focais com usuários e profissionais que se utilizam de práticas integrativas no SUS do município para o conhecimento da percepção que os mesmo possuem sobre as PIC. A principal característica dessa técnica de pesquisa está no fato de ela trabalhar com a reflexão expressa através da “fala” dos participantes, permitindo que “eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado tema” (CRUZ NETO *et al.*, 2002). O pesquisador tem a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo, além de observar as interações características do processo grupal (KIND, 2004).

Como característica dos informantes escolhidos para a pesquisa, estavam aqueles que detinham algum poder ou influência sobre a política de práticas integrativas em Recife (Gestores e Formuladores). Para os grupos focais foram escolhidos os profissionais que trabalham com essas praticas em Recife, profissionais da UCIS, e usuários das práticas, ambos os grupos selecionados aleatoriamente.

<b>Entrevista</b>	<b>REPRESENTAÇÃO</b>
<b>1</b>	<b>Coordenador(a) da Política</b>
<b>2</b>	<b>Coordenador(a) da UCIS</b>
<b>3</b>	<b>Consultor da SMS Recife</b>
<b>4</b>	<b>Diretor de Distrito</b>
<b>5</b>	<b>Secretário de Saúde</b>

Quadro 1- Perfil dos entrevistados

<b>Grupo Focal Com Usuários -GFU</b>	
<b>2 homens</b>	
<b>4 mulheres</b>	
<b>Grupo Focal Com Profissionais de Saúde -GFP</b>	
<b>Profissão</b>	<b>Quantitativo</b>
<b>Acupunturistas</b>	<b>3</b>
<b>Homeopata</b>	<b>1</b>
<b>Nutricionista</b>	<b>1</b>
<b>Terapeuta</b>	<b>1</b>

Quadro 2 – descrição dos grupos focais de usuários, por sexo, e profissionais, por especialidade.

Outra fonte de dados primários foram as atas do CMS, utilizadas como instrumento para se identificar como vem sendo acompanhada, por parte da sociedade, as práticas integrativas e complementares no Recife. Para isso foi realizada uma pesquisa em todas disponibilizadas em meio digital pelo Conselho Municipal de Saúde do Recife, no período que vai de 2004 até 2009, por meio de atas de Reuniões Ordinárias (RO) e Reuniões Extraordinárias (RE), inclusive as revisões que muitas vezes são realizadas no ano seguinte, totalizando 126 atas, como apresentado na tabela abaixo:

Tabela 1 - Atas do Conselho Municipal de Saúde

Atas	Ano						Total
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
RO	123 - 128	135-144	145 - 155	157 - 189	173	204 - 210	
					176		
					179 - 180		
					190 - 203		
RE	84-88	91-99	100 - 111	112 - 117	118	136	
		108			122 - 125		
					127		
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>39</b>	<b>24</b>	<b>8</b>	<b>126</b>

O pesquisador teve acesso aos documentos do CMS com o consentimento da coordenadora do conselho e da secretária. As atas foram acessadas por meio do computador do próprio Conselho durante o mês de agosto de 2009, onde foram realizadas três visitas para o término da pesquisa.

Utilizou-se diversos descritores, por meio da ferramenta de busca do *Word*, que pudessem remeter às práticas integrativas em Recife: práticas alternativas, práticas complementares, práticas integrativas, práticas medicina complementar, medicina alternativa, Unidade de Cuidados Integrals, Guilherme Abath, acupuntura e homeopatia.

### 6.3.2 Dados secundários

Os dados secundários foram obtidos por meio de pesquisa documental, que subsidiaram análises qualitativa (análise documental) e quantitativa. A pesquisa documental considerou as informações contidas em diversos documentos publicados por instituições e órgãos que foram importantes para as práticas integrativas no SUS municipal. Contribuindo para esclarecer o que Belloni *et al.* (2001) destaca como sendo os significados e implicações das proposições expressas nas diretrizes, estratégias e linhas de ação investigadas, para a análise quantitativa, foram coletados dados consolidados e encontrados, principalmente em base de dados, como o DATASUS.

Origem	Documentos
Publicações	Relatório do 1º seminário de Práticas Integrativas do SUS.
	Atlas da Cidade do Recife
	Plano Municipal de Saúde 2006-2009
	Relatório Condepe/FIDEM
	Relatório IBGE
	Relatório DIEESE, PNUD.
	PNAD 2007, 2008 e 2009
Legislação	WHO 1995, 1996, 2002.
	Decreto 51 de 10 de maio de 2005
	Portaria 971 de 3 de maio de 2006
	Decreto 5813 de 22 de junho de 2006 (Política Nacional de Plantas Medicinais e fitoterápicos)
	Portaria 853 de novembro de 2006
	Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008

Quadro 3- Documentos que foram utilizados no levantamento documental.

#### 6.4 Análise dos Dados

Com o intuito de contemplar as categorias de análise e suas variáveis, para obtenção dos objetivos do projeto foi necessário lançar mão de três formas de análise de dados: análise documental, análise de conteúdo narrativo do discurso e análise estatística descritiva.

A análise documental procurou identificar nas fontes utilizadas informações relevantes para que pudessem subsidiar a compreensão da análise da política de práticas integrativas em Recife.

Para a análise do conteúdo das entrevistas semi-estruturadas ou guiadas, que foram aplicadas aos informantes-chaves e grupos focais, tomou-se como referência os modelos de análise de entrevistas apresentados por Kvale (1996).

Este autor destaca cinco principais tipos de análise: a condensação de significados, a categorização de significados, a estrutura de significados através da narrativa, a interpretação de significados e o método ad hoc de geração de significados. Dentre os cinco tipos apresentados, optou-se pela Condensação de Significados, por ser este considerado o mais adequado aos propósitos do estudo. Nesse tipo de análise, as passagens da entrevista que se

relacionam a uma questão específica do estudo são cotadas e condensadas num quadro constituído pelas unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos, na coluna da esquerda, e os temas centrais relacionados a estes, que são categorias conceituais, na coluna da direita, seguido abaixo de ambas, pela descrição essencial da questão relacionada ao estudo (Quadro 1).

<b>Questão de Pesquisa</b>	
Unidades Naturais de Análise	Temas Centrais
1. Trechos da entrevista relacionados à pergunta da pesquisa. 2. idem 3. idem	1. apresentação do tema que domina a unidade natural, conforme a compreensão do pesquisador, e da forma mais simples possível. 2. idem 3. idem
<b>Descrição Essencial da questão de pesquisa</b> Descrição de todos os temas abordados na entrevista conforme a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado.	

Quadro 4: Condensação de Significados com Unidades Naturais de Análise, seus Temas Centrais e a Descrição Essencial.

Fonte: Gurgel (2007).

Segundo Kvale (1996), os passos para a organização e análise das entrevistas, são:

- (i) Leitura cuidadosa das entrevistas com a finalidade de compreender o sentido do todo;
- (ii) Determinação das unidades de significados naturais conforme expressas pelo sujeito;
- (iii) Definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível;
- (iv) Questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo;
- (v) Descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa.

Para análise estatística descritiva dos dados obtidos nos bancos de dados do sistema de informação do SUS. Desenvolveu-se a partir de uma análise quantitativa dos elementos considerados essenciais para esse estudo. Estes dados foram identificados e agrupados com o apoio do editor de texto *Word*. Em seguida alimentaram planilha específica criada no programa *Excel* que auxiliou na ordenação dos dados e construção de tabelas contendo valores absolutos e relativos.

Os dados foram analisados a partir dos métodos de análise de políticas de saúde, preconizado por Walt e Gilson (1994) e Araújo (2000), onde as categorias de análise estudadas foram: macro-contexto (político, econômico e social), micro-contexto (política setorial, finanças e serviços de saúde), conteúdo (programas, projetos, propostas e objetivos), processo onde o método para análise foi o ciclo da política de Viana (2008) e Kingdon (1995) (entrada na agenda, formulação, implantação e avaliação) e atores (individuais e institucionais).

#### 6.4.1 Contexto

O contexto procurou apresentar, de forma ampliada, as características do momento em que a política tem sido desenvolvida. Trazendo aspectos sociais, econômicos, políticos, demográficos, sanitários e epidemiológicos.

##### 6.4.1.1 *O macrocontexto*

O presente estudo foi construído tomando como referência as categorias de análise propostas por Araújo e Maciel Filho (2001), onde foram organizadas três esferas: política, econômica e social.

- a) A esfera política considerou os aspectos relativos às influências políticas internacionais, mudanças políticas do período nas esferas nacional, estadual e local e sua influência no processo de desenvolvimento da política de PIC em Recife;
- b) A esfera econômica levou em consideração aspectos da economia nacional e loco-regional (Pernambuco-Recife): a produção e distribuição/concentração de riquezas, taxa de inflação, PIB *per capita*, níveis de crescimento, posição na economia, entre outros;
- c) Esfera social. Nessa esfera foram vistos: crescimento populacional, aspectos demográficos e epidemiológicos, investimentos em áreas sociais como educação, saneamento, saúde, assistência social, urbanismo e saneamento.

#### 6.4.1.2 O microcontexto

Microcontexto - abarca os aspectos setoriais da política em questão:

- a) O âmbito político de práticas integrativas em Recife. Foram observadas as influências para o desenvolvimento dessa política específica, aspectos históricos, contexto das políticas de saúde locais;
- b) A estrutura do financiamento setorial: o orçamento da saúde, os gastos com práticas integrativas e suas tendências na esfera local, os mecanismos instituídos de repasses financeiros, assim como as fontes e o valor dos recursos destinados às práticas integrativas no SUS do Recife;
- c) Os serviços de saúde apresenta o panorama sanitário e epidemiológico traz toda a rede de saúde disponível no município e é dado um destaque, aos serviços que possuem práticas integrativas, apontando aspectos como produção do serviço de práticas e perfil dos pacientes assistidos.

Análise da política de saúde					
Contexto					
Macrocontexto			Microcontexto		
Esfera política	Esfera econômica	Esfera social	Política setorial	Finanças setoriais	Problemas e serviços de saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudanças políticas</li> <li>• Políticas públicas</li> <li>• Influência internacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIB</li> <li>• Nível de crescimento</li> <li>• Política financeira e econômica</li> <li>• Posição na economia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudanças demográficas e epidemiológicas</li> <li>• Despesa com áreas sociais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos históricos</li> <li>• Políticas de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orçamento e despesas da saúde</li> <li>• Repasses financeiros.</li> <li>• Fonte e volume de recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil epidemiológico</li> <li>• Rede de serviços de saúde.</li> <li>• Serviços de PIC em Recife.</li> <li>• Produção das PIC no Recife</li> <li>• Perfil do usuário</li> </ul>

Quadro 5 - A estrutura para análise do contexto em um processo maior de análise de política de saúde.

#### 6.5 Conteúdo da política

Para o presente estudo, o conteúdo foi analisado como parte do processo da política de práticas integrativas no Recife. Para compreender melhor os motivos pelos quais o conteúdo da política de práticas integrativas no Recife alcançou ou não seus resultados esperado, ou seja, o que para Matus (1996) seria entender se o conteúdo da política transformou a situação real em situação desejada. Foi realizada uma análise do projeto, dos programas, objetivos e metas da política.

## 6.6 O processo político

O processo foi focado na análise de como a política fez parte da agenda de decisões (WALT, 1994). Para análise do processo político foi utilizado o método que considera ciclo das políticas: definição da agenda, formulação da política, implementação e avaliação (VIANA, 2008).

- a) Definição da agenda – foi observado que problema passou a fazer parte da agenda decisional, a partir de indicadores e da convergência dos três fluxos de Kingdon (2003): problemas, soluções ou alternativas e política (clima político favorável, força política organizada e mudança de governo), sendo que foi dado um destaque maior a este último fluxo, devido a características do processo político das práticas integrativas no Recife;
- b) Formulação da política – identificou-se como foi elaborada a política, quais os pontos e o porquê da escolha de alguns objetivos, projetos e metas.
- c) Implementação – foi considerado o momento em que a política foi posta em prática, a análise foi obtida a partir da consideração de que a implementação pode ser do tipo: *top-down* onde a implementação e a formulação acontecem em momentos distintos, e a implementação é realizada por um órgão central (gestores de alto escalão) sem a participação de outros atores; o outro modo de se implementar política é conhecido como *bottom-up*, onde a implementação e formulação podem acontecer em momentos simultâneos e é considerada uma maior participação, por meio de diversos atores, no momento da implementação do que está definido na política (ARAÚJO; MACIEL FILHO, 2000; SABATIER, 1986; ALMEIDA, 2010).
- d) Avaliação – sabendo-se que a avaliação é um dos momentos mais importantes e que pode ser realizada durante todo o processo. Foi observado se os resultados

esperados foram alcançados ou não, se havia uma preocupação em avaliar a política e também que instrumentos poderiam ser utilizados neste momento.

## 6.7 Os atores

Para se caracterizar os atores que participaram do processo político tomou-se como referência a proposta de Araújo (2000), onde se identificam os atores principais da política, a posição de cada ator, se estão de acordo com a política, e qual a postura dos atores durante o processo da política no Recife.

Para a análise do comportamento dos atores foi utilizado o método de Eden (1996) aplicado por Thomas e Gilson (2004), o qual leva em consideração qual a postura e atitude dos atores durante o processo da política, correlacionando o interesse dos atores e o seu poder (THOMAS; GILSON 2004).

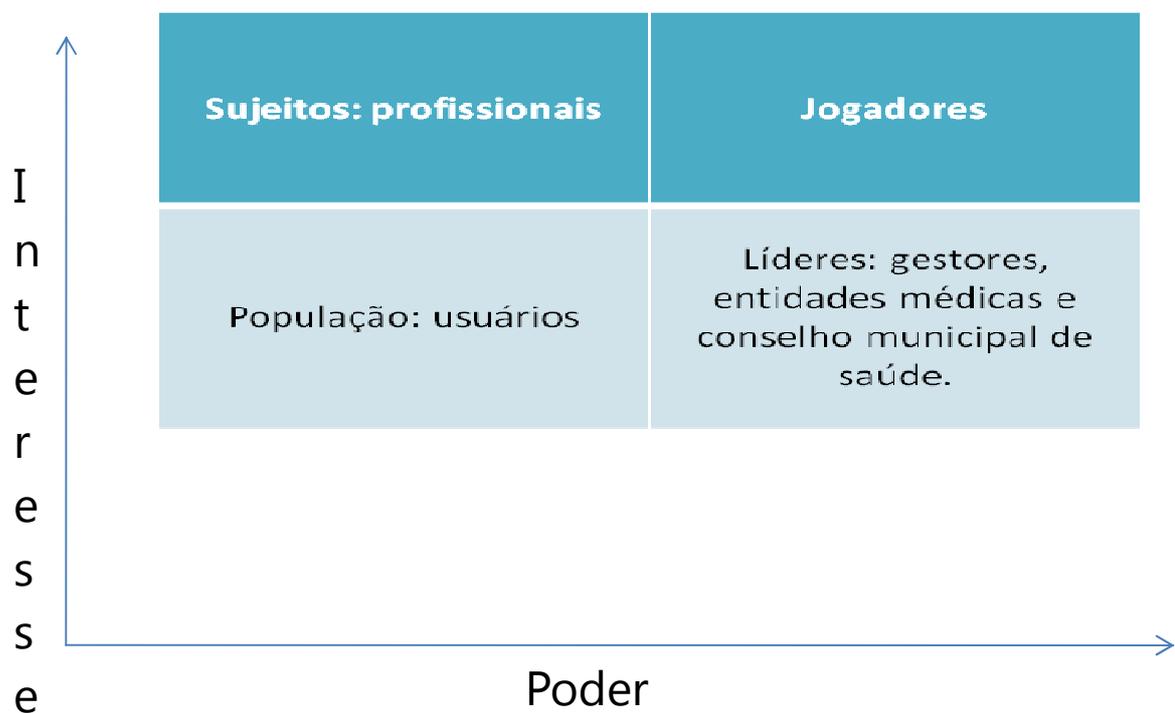


Figura 4 - Organização de categorias de indivíduos para análise de atores, segundo interesse e poder  
Fonte: Eden (1996)

No presente estudo foram considerados como “Sujeitos” da política os profissionais de saúde e suas associações, aqueles que Eden (1996) classificou como “população” aqui

foram citados como os usuários do SUS , os “líderes” foram conhecidos como gestores e os “jogadores” como atores influentes em determinado processo da política. A partir desse método de análise o estudo buscou compreender a dinâmica destes atores durante o processo político.

### **6.8 Limitação do Método**

As limitações do método a ser utilizado são as mesmas presentes em qualquer estudo de caso, que se utilize de qualitativo extraídos por meio de entrevistas não-estruturadas, entre elas podemos encontrar: Falta de motivação do entrevistado, incompreensão das perguntas; fornecimento de respostas falsas conscientemente ou inconscientemente; influência da relação pessoal ou das opiniões do entrevistador sobre o entrevistado.

Em relação aos dados quantitativos, há possibilidade de subnotificação ou falta de consistência nos bancos de dados, que são comuns a qualquer estudo que se utilize de banco de dados secundários.

## 7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi realizada de acordo com os termos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Respeitando-se a integridade física e moral dos participantes, o sigilo das informações geradas através dos dados primários e secundários realizados durante o estudo para os quais foram utilizados Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos (TCLE) e cartas de anuência da Secretaria de Saúde do Recife.

Essa investigação faz parte da pesquisa: **“Práticas Integrativas e Complementares no Programa de Saúde da Família Voltada para Atenção à Saúde Mental: Estudos de Casos no Nordeste, Sul e Sudeste”** financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), tendo sido submetido para aprovação do Comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, cujo número do parecer foi 20/2009.

## **8 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Segundo Walt e Gilson (1994) o foco tradicional no conteúdo da política negligencia as outras dimensões do processo, atores e contexto, que podem fazer a diferença entre a efetividade ou não de uma implementação de política.

Para entender o contexto é importante considerar a relação entre os atores da política, o desenvolvimento do conteúdo e o processo político. O Contexto possui uma relevância ainda maior no que diz respeito ao entendimento do porquê uma política obteve seus resultados esperados ou não, com este intuito o contexto do seguinte estudo foi dividido em macro-contexto: político, econômico e social; e micro contexto: política setorial , finanças setoriais e serviços de saúde, segundo os critérios de Araújo (2000).

### **8.1 Macro-contexto**

#### **8.1.1 Esfera política**

Desde a conferência de cuidados primários em saúde de Alma-Ata em 1978 (BRASIL, 2003), há um estímulo da OMS para que existisse um incentivo a práticas tradicionais e integrativas nos sistemas públicos de saúde de todos os países membros. No entanto, apenas em 2002 foi publicado e consensuado, entre os estados membros, um documento que nortearia o desenvolvimento de políticas nacionais voltadas ao tema (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Este documento foi utilizado como referencial para praticamente todas as legislações e ações que se seguiram posteriormente a sua publicação.

No período do estudo, houve grandes mudanças no contexto político nacional que influenciaram o processo político municipal, segundo Khan e Heuvel 2006, essas alterações no contexto político refletem as relações de poder entre diversos setores, atores e interessados. Influencia construção de agenda, formulação de políticas, implementação e avaliação, e lida com a alocação de recursos .

Período do estudo correspondente a segunda metade do primeiro mandato do prefeito João Paulo e início do mandato João da Costa (2004 a 2009), durante esse período houve duas eleições presidenciais, ambas com vitória do presidente Luís Inácio Lula da Silva.

Em âmbito nacional, as eleições significaram marcos na política do país, pois foi a primeira vez que se elegeu um representante da classe operária brasileira com experiência de organização política (Braz, 2004). Para Bravo (2008) a consagração eleitoral foi resultado da reação da população brasileira contra o projeto neoliberal implantado nos anos 90. Pela primeira vez venceu o projeto que não representa em sua origem os interesses hegemônicos das classes dominantes.

Segundo Bravo (2008), não se esperava transformações profundas, face aos acordos ocorridos, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e à participação social. Apesar das dificuldades do cenário internacional, com pressão dos mercados e do capitalismo financeiro acreditava-se que no Brasil estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentariam as políticas de ajuste.

Em âmbito local, observamos um cenário bastante favorável a mudanças e novas oportunidades, devido à inserção de diversos atores que fizeram parte da reforma sanitária no estado de Pernambuco em áreas estratégicas da gestão municipal de saúde, como relatado nas entrevistas a seguir:

Eu acho que tem vários elementos da gestão de saúde do governo João Paulo que contribuíram para isso... os técnicos, gestores eram do movimento sanitário e participaram do movimento (E3).

Na verdade a gente quando entrou nesse novo momento da cidade a partir de 2001, o que aconteceu não foi só uma ampliação de serviço, mas foi uma mudança de concepção de prefeitura, de estado, a gente queria introduzir um processo, dava tendência a um processo de trazer a questão do estado que se responsabiliza com a saúde, que traz a condição de inclusão social..” (E5)

No início de seu mandato do Prefeito João Paulo (2001 – 2002), o governo estava espremido entre o Governo Jarbas Vasconcelos e o Governo FHC-Marco Maciel (BARRETO 2004). A partir do ano de 2003 o ambiente político nacional passa a ser bastante favorável devido à consolidação do Partido dos Trabalhadores (PT) no governo local e também pelo apoio, inegável, do presidente Lula.

Havia um importante número de militantes históricos dos movimentos sociais e da reforma sanitária que faziam parte da gestão municipal, e isso favorecia o surgimento de novas propostas que dessem cabo da atual situação de saúde da população recifense. Nesse

ambiente político foi desenvolvida a proposta de criação da Unidade de cuidados Integrais Guilherme Abath.

... Então a gente tinha uma idéia reguladora, que independentemente de alguma coisa que vinha lá de cima a gente vai inventar, e essa é uma energia importante [...] Então essa força de experimentar de inovar era um ponto fundamental, sem oposições, a gente tinha fôlego de iniciar de pegar a cidade toda, investiu na tentativa de implementar em um distrito e a partir daí ir implementando... (E4)

Verifica-se que existia no contexto político local um importante momento favorável a novas propostas, e isso para Kingdom (1995) é um dos componentes da janela de oportunidade que são necessários para transformações política. Mannheimer, Letho e Ostlin (2007) destacam a importância que há entre a política nacional e a política local, pois caso não haja simetria entre o fluxo das duas políticas, a janela de oportunidade pode ficar “parcialmente aberta” ou “parcialmente fechada”. Para Sabatier (1993), as mudanças advindas de eleições podem ser identificadas como eventos externos ao sistema, que pode causar importante influência ao subsistema político.

### 8.1.2 Esfera econômica

Durante o período do estudo, principalmente nos quatro primeiros anos, o Brasil, comparado com sua história recente, teve um importante crescimento econômico, cuja média foi maior que 4,5% (MANTEGA, 2008), e isso foi refletido de modo geral, em todo território nacional.

No caso específico de Pernambuco, durante o período do estudo observou-se que, segundo informações da Agência Estadual de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco (2010), o estado teve um crescimento econômico considerável durante toda a série histórica e principalmente nos dois últimos anos, quando comparado ao Brasil, como apresentado na tabela a seguir:

Tabela 2: Crescimento econômico do Brasil e de Pernambuco, entre 2004 e 2009

ANO	BRASIL	PERNAMBUCO
2004	5,7	4,1
2005	3,2	4,2
2006	4,0	5,1
2007	6,1	5,4
2008	5,1	6,8
2009	-0,2	3,8

Fonte: Agência Estadual de Planejamento e Pesquisa de Pernambuco (2010).

Recife, município com o maior Produto Interno Bruto do estado de Pernambuco, está entre os 20 maiores PIBs do país, segundo dados do Sistema de Informação e Orçamento Público (SIOPS) desde o ano de 2003 há um crescimento sustentado do PIB (Gráfico 1). Reconhece-se que o PIB ultrapassa os 20 bilhões de reais ainda no ano de 2007.

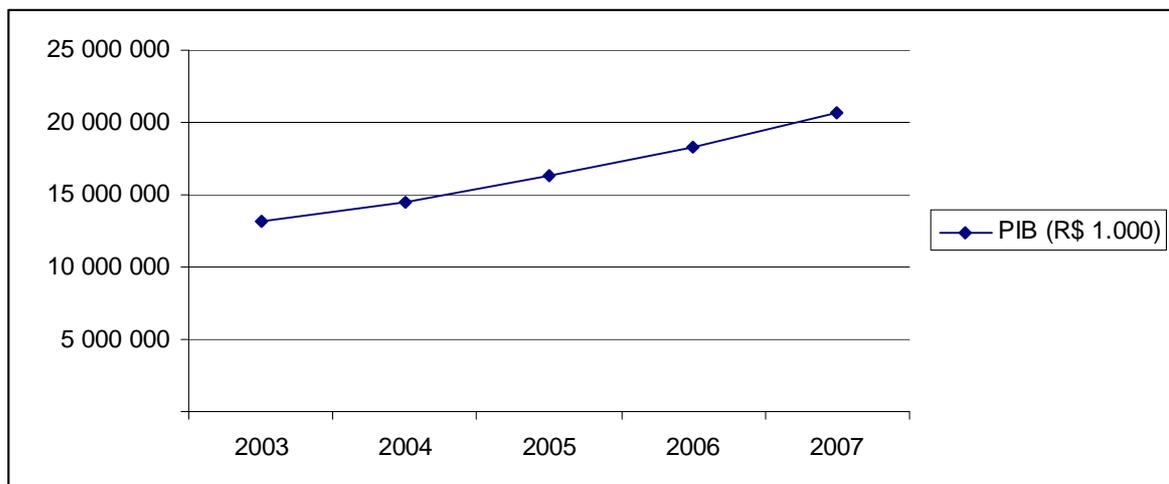


Gráfico 1: Crescimento do PIB de Recife entre os anos de 2003 e 2007.

Fonte: Brasil (2010<sup>a</sup>).

Segundo dados da Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco (CONDEPE\FIDEM), no ano de 2007, o PIB de Recife correspondia a mais de 33% do PIB de Pernambuco como um todo.

Em relação ao PIB *per capita*, identifica-se um incremento, quase que constante, nos últimos anos, como apresentado no gráfico a seguir:

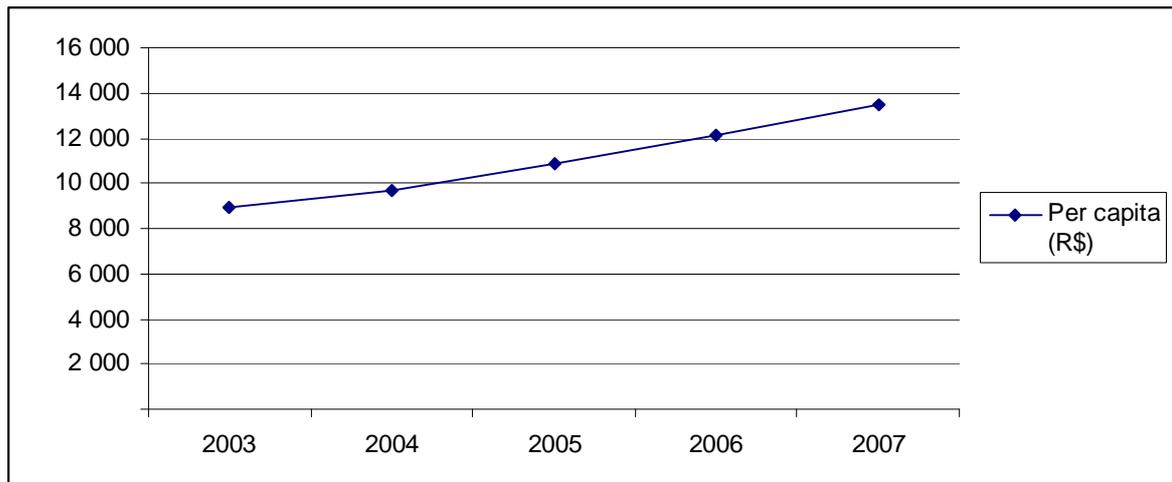


Gráfico 2: PIB per capita em Recife entre 2003 e 2007.

Fonte: Brasil (2010<sup>a</sup>).

No entanto, Recife possui o 5º PIB per capita de Pernambuco, ficando atrás de Ipojuca, Itapissuma, Cabo de Santo Agostinho e Petrolândia, respectivamente. Onde a receita total do município, no ano de 2007, girava em torno dos 1,9 bilhões de reais e a despesa corrente era de 1,86 bilhões de reais (AGÊNCIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E PESQUISA DE PERNAMBUCO, 2010).

Desde o ano de 2004 o município de Recife vem investindo o que é determinado segundo a Emenda Constitucional 29 (EC29).

Tabela 3: repasse de recursos para a saúde, em Recife, segundo a EC 29.

RECIFE	
Ano	% EC29
2004	15,14
2005	15,37
2006	15,22
2007	15,6
2008	15,27

Fonte: Brasil (2010a).

O Brasil é um dos países da América Latina, com menor investimento público na saúde em relação ao PIB (MEDICI, 2005). Ano a ano, durante o período estudado, verifica-se uma evolução constante nos investimentos no setor da saúde do município do Recife (como apresentado na tabela abaixo):

Tabela 4: Despesa com Saúde em Recife, entre os anos de 2004 e 2009.

Despesa total com Saúde	
Ano	R\$
2004	242.816.587,4
2005	278.879.330,6
2006	326.635.397,5
2007	339.710.098,0
2008	390.524.576,0

Fonte: Brasil (2010a)

Quando é feita uma análise do investimento em saúde *per capita* e quando desse recurso é investido pelo município, identifica-se que durante o período estudado houve um incremento permanente nas despesas do município ao contrário dos repasses federais e estaduais.

Tabela 5: Gastos públicos com saúde em Recife.

Ano	Despesa com recursos próprios com saúde/Hab	Repasses federais, estaduais e municipais	Total
2004	91,97	72,82	164,79
2005	107,21	78,58	185,79
2006	114,57	101,2	215,59
2007	130,03	91,48	221,51
2008	148,75	103,2	251,95

Fonte: Brasil (2010a).

O gráfico acima representa um importante incremento com os gastos com saúde realizados pelo município (65,4%), e também há a demonstração que houve uma importante elevação nos investimentos a partir de recursos próprios do Recife (61,8%), no entanto o maior incremento nos investimentos se deu a partir dos repasses que foram ampliados em (70,5%) no período estudado. Quando comparado à realidade de outros municípios do estado, ou ao se comparar com os gastos públicos em outros estados e regiões brasileiras, verifica-se que o Recife investe acima da média nacional em Saúde (RIPSA, 2010).

Fica claro que anualmente houve elevação dos investimentos com saúde, o que demonstra a relevância com que a gestão vê o setor. No entanto também é evidente que esses

investimentos, são insuficientes e ficam muito aquém do que é gasto, *per capita*, em outros locais que se propõem a possuir um sistema de saúde universal, equânime e integral.

### 8.1.3 Contexto Social

Recife, capital do Estado de Pernambuco, possui uma população estimada em mais de 1,5 milhões de habitantes, segundo dados do IBGE (2009), onde 724.712 (46,5%) são homens e 836.951 (53,5%) habitantes são mulheres (gráfico 3).

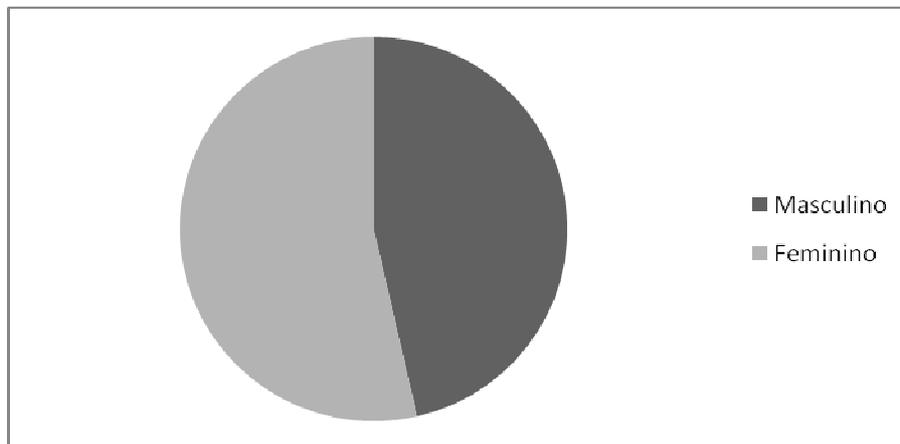


Gráfico 3: População de Recife por sexo (2009).  
Fonte: Brasil (2009).

Segundos dados do IBGE, ao se verificar a distribuição etária da população do Recife, é identificado que há um grande número de adultos (20-59 anos), e que em quase todas as faixas etária há uma predominância de mulheres, como demonstra o gráfico 4:

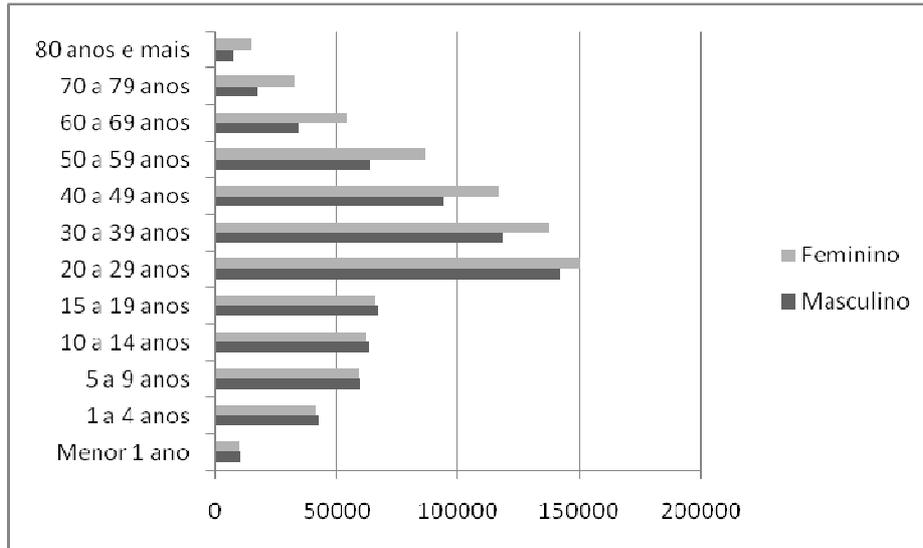


Gráfico 4: População do Recife por faixa etária e sexo (2009).  
Fonte: Brasil (2009a).

O município é praticamente todo urbano, com uma densidade demográfica maior que 7,5 mil habitantes/Km<sup>2</sup> e uma taxa anual de crescimento demográfico, entre 2000 e 2007, de 1,13% (AGÊNCIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E PESQUISA DE PERNAMBUCO, 2009).

Dados referentes aos gastos sociais com recursos do tesouro municipal apresentam que o setor que possui maior investimento é o da educação depois vem saúde e urbanismo (obras), e em último lugar o saneamento:

Tabela 6: gastos sociais per capita do governo municipal do recife em 2007.

Discriminação	Valor (R\$ 1,00)
Educação per capita	261,88
Saúde per capita	231,60
Assistência social per capita	20,99
Urbanismo per capita	211,87
Saneamento per capita	11,29

Fonte: Secretaria do Tesouro municipal

Ao se estudar o investimento *per capita* com saúde e outras áreas sociais no município do Recife, verificamos que ao se comparar com outras cidades brasileiras, se reconhece que segundo critério estabelecido por Henrique e Calvo (2009) o investimento é considerado entre médio e alto para os padrões nacionais. Ao contrario do que foi encontrado no saneamento, que está relacionado diretamente com o perfil de adoecimento da população, onde o

investimento *per capita* do Recife ficou abaixo do investimento estadual, regional e nacional (BRASIL, 2009b).

Segundo o Sistema de Pesquisa de Emprego e Desemprego (2010), os indicadores relacionados ao desemprego na Região Metropolitana do Recife apresentaram melhoria durante o período estudado (Tabela 10). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (2009), durante o mesmo período na média houve redução no desemprego em todo o território nacional, no entanto não na mesma proporção da RMR Recife.

Tabela 7: taxa de desemprego na RMR do Recife e Brasil.

ANO	RMR Recife	Brasil
	%	%
2004	14,3	11,4
2005	14,0	9,8
2006	13,5	9,9
2007	12,3	9,3
2008	11,9	7,8
2009	11,6	8,1

Fonte: Sistema de Pesquisa de Emprego e Desemprego (2010).

Conforme o Atlas de Desenvolvimento Humano da cidade do Recife (RECIFE, 2005), o Relatório de Desenvolvimento Humano 2005 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e a Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) 2008, publicada no ano de 2009, apontam as grandes diferenças que existem entre os índices de desenvolvimento humano e índice de Gini dentro do próprio Recife e quando comparado aos indicadores regionais e nacionais, como apresentado na tabela a seguir:

Tabela 8- IDH e Índice de Gini em Recife, Pernambuco e Nordeste e Brasil.

RPA	Índice de Desenvolvimento Humano	Índice de Gini
RPA1	0,761	0,68
RPA2	0,761	0,63
RPA3	0,796	0,71
RPA4	0,805	0,63
RPA5	0,760	0,56
RPA6	0,826	0,70
Total Recife	0,797	0,68
Pernambuco	0,718**	0,534*
Nordeste	0,716**	0,547*
Brasil	0,766**	0,521*

Fonte: Recife (2005; IBGE, 2008\*; BRASIL, 2005\*\*).

Os dados demonstram que o Recife possui um Índice de Desenvolvimento Humano maior que Pernambuco, nordeste e o país, no entanto, ao se comparar com as grandes capitais do Brasil, Recife possui um dos piores IDH (RECIFE, 2005). Em relação à concentração de renda (índice de Gini), verifica-se que a cidade do Recife é uma das cidades Brasileiras com maior concentração de renda do Brasil (RDH, 2005) e ao se comparar tanto o IDH, quanto o índice de Gini, por regiões político-administrativas (RPA) da cidade, pode-se concluir que há várias cidades dentro do próprio Recife, dadas as grandes diferenças entre estes índices nos diferentes extratos do município.

Segundo dados consolidados para o plano municipal de Saúde 2006-2009 (RECIFE, 2002), em relação ao perfil epidemiológico da população do Recife, de modo geral há semelhança nos perfis de nascimento e mortalidade a outras metrópoles brasileiras, exceto algumas peculiaridades locais, que serão apresentadas a seguir:

- a) **Endemias de maior relevância para a cidade:** tuberculose, hanseníase, filariose, dengue, doenças sexualmente transmissíveis (AIDS e sífilis) e doenças transmitidas pela água (leptospirose, hepatite A, cólera e outras diarreias);
- b) **Outros agravos relevantes:** diabetes, hipertensão, transtornos mentais e uso/abuso/dependência de álcool, fumo e outras drogas;
- c) **Mortalidade por neoplasias:** câncer de colo de útero, mama e próstata;
- d) **Mortalidade por causas externas:** violências e acidentes.

Entre as prioridades para o planejamento das ações municipais estão: diabetes, hipertensão, transtornos mentais todos considerados doenças crônicas de difícil tratamento. Estudos da Organização Mundial de Saúde (2002) apontaram que as práticas integrativas são recomendadas como tratamentos principais e como complementares aos tratamentos de diversas doenças crônicas, entre elas as supracitadas.

Para a PNPIC o aumento da resolubilidade das ações da atenção primária em relação às doenças crônicas passa pela integração e acesso aos serviços de praticas integrativas e complementares a rede de saúde, principalmente atenção básica (BRASIL, 2006 a).

## 8.2 Microcontexto

### 8.2.1 Política setorial

Na década de 1990, onde foi iniciada a institucionalização do SUS, por meio dos dispositivos infraconstitucionais (Lei 8080/90 e 8142/90) além das Normas Operacionais 91, 93 e 96. Ao se verificar os dados referentes ao índice de desenvolvimento humano, de desigualdades e pobreza e de educação, constata-se que houve melhorias na qualidade de vida da população recifense, mesmo que estas melhorias da década de 1990 tenham sido lentas, graduais e talvez não profundas como era aguardado pela população da cidade (RECIFE, 2005).

No ano 2001, após uma campanha eleitoral que levou a um resultado inesperado, a vitória do Prefeito João Paulo, um político com história nos movimentos sociais. O resultado das urnas refletiu de maneira decisiva em um novo momento administrativo da cidade. Este novo momento gerou oportunidades inovadoras e o surgimento de novos programas e serviços de saúde no Recife, entre eles o Programa de Saúde Ambiental (PSA), o Academia da Cidade (LYRA, 2009) e a Unidade de Cuidados Integrals em Saúde (UCIS) Prof. Guilherme Abath.

A estruturação da PNPIC em Recife está vinculada a esse momento político que possibilitou a inserção estratégica de um corpo de técnicos que teve sua formação acadêmica vinculada a um projeto de educação médica, voltado para a Medicina Geral Comunitária – o Projeto Vitória, como pode ser visualizado no trecho de entrevista a seguir:

[...] profissionais que se reuniram em torno do projeto Vitória da década de 70 e 80, então o que, era o projeto que exercia a Medicina Geral Comunitária. Era um projeto multidisciplinar coordenado pela Universidade Federal [UFPE] e que ocorria em Vitória e em Pombos. Era de alto nível, o nível dos profissionais que circulavam nesse projeto... esse projeto tinha o Internato e a Residência além do trabalho comunitário [...] em 82 por aí, 83, em meados de 80. E esses profissionais ficaram sem esse referencial ... porque ocorre no Guilherme Abath? Porque várias pessoas que fizeram parte do Projeto Vitória [...] passaram a fazer parte da gestão municipal [...] parece que houve uma convergência. (E3)

Desde o final da década de 1970, paralelamente a outras iniciativas semelhantes de fortalecimento de um modelo de saúde pautado na prevenção, havia no interior do Estado de Pernambuco, na cidade de Vitória de Santo Antão-PE, o projeto Vitória, coordenado pelo Professor Guilherme Abath, que contava com a participação de diversos médicos residentes e outros profissionais de saúde.

O Projeto Vitória possuía a intenção de prevenir e promover saúde de forma descentralizada, hierarquizada, utilizando-se de pequenos centros de saúde e de profissionais que faziam atendimentos domiciliares e educação em saúde para grupos com maior vulnerabilidade, como gestantes de alto risco, crianças carentes e idosos (ANDRADE; LIMA, 1978) . Deste projeto participaram diversos profissionais de saúde, inclusive um ex-ministro

da Saúde, e diversos secretários e ex-secretários e gestores de saúde. Antes mesmo da VIII Conferência Nacional de Saúde o projeto foi dissolvido, no entanto diversos profissionais tiveram suas histórias e conceitos transformados.

A política de práticas integrativas que começou a ser desenvolvida no município foi implantada por meio da inauguração da UCIS, no final do primeiro mandato do prefeito João Paulo, em setembro de 2004 e a implantação se deu sem um marco normativo, com definições de profissionais, metas, atribuições. Entretanto, a política para ser considerada, de fato, não precisa possuir um arcabouço jurídico, normativo e ela pode acontecer a partir da tomada de decisão ou não (GRUPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS DE INOVAÇÃO, 2002).

A formalização de uma política não significa que ela alcançará os seus objetivos, sendo esta uma constatação não apenas local, porém internacional (MENADUE, 2008). Esta é uma característica da política de saúde no Brasil, que possui uma série de leis, normatizações e regulamentos, o SUS “legal”, mas que não consegue ser implementado da forma que está no “papel”, o que leva a um distanciamento entre a teoria e a prática da saúde pública do brasileiro (PAIM, 2003).

Oliveira (2005), aponta que muito além do marco legal, para o sucesso de uma política, há a tomada de decisão de implementar ou não a mesma, e esta vontade não decorre da política está posta no “papel”. O autor apresenta que a característica e a estrutura política local, a falta de interesse da população, a influência de corporações e questões econômicas que sobrepujam às políticas de saúde influencia no processo de tomada de decisão e podem atrapalhar a implementação de determinadas políticas (OLIVEIRA; MAGNONE; PEREIRA, 2005).

No segundo governo de João Paulo, criou-se uma expectativa de consolidação das políticas desenvolvidas no primeiro mandato. No entanto, isso não se confirmou no que diz respeito à política de Práticas Integrativas, talvez porque a mesma não foi incorporada ao discurso dos gestores, como apresentado na fala a seguir:

Isso não depende só do núcleo gestor ou do secretário apoiar isso, isto é uma conquista que eu acho lenta, [...] se a gente não tiver a capacidade de articular e inseri-la no discurso da gestão, como por exemplo: como foi o programa de saúde ambiental. Então se você compara essas suas políticas, aí você vê que são diferentes. Todas duas tinham um discurso inovador, de experimentar, só que uma tinha uma questão da universalidade mais forte, porque já tinha agentes já estava na mentalidade de todos de alguma forma, então foi mais fácil de trabalhar com isso, então de certa forma houve uma incorporação que você não observa na fala de todos os técnicos. (E2)

Reconhece-se a importância da incorporação das políticas as falas da gestão, pois o discurso pode abreviar a ação, porque quando o gestor assume o compromisso público de realizar algo, ele passa a ser cobrado e fiscalizado, ainda mais por parte da sociedade, pela mídia e até mesmo pelos seus pares.

A falta de incorporação das práticas que foi mantida, ainda no primeiro ano do governo do Prefeito João da Costa (PT), levou as PIC a sair da agenda no Recife, e, com isso deixaram de fazer parte das prioridades do governo:

[...] porque se vai ser política esses é um dos pontos que precisa ser prioritário, é conseguir transformar isso em prioridade [...] (E5)

[...] é a questão do gerenciamento mesmo, da incorporação do valor, do valor disso para os gestores, porque eu acho que isso fosse valorizado já tinha sido resolvido e tratado [...] (E4)

A falta de discurso da gestão dificulta o que Fisher, Miller e Sidney (2007) relatam como construção social do problema, pois a partir do momento do reconhecimento e identificação do problema por parte da construção de soluções e a importância do enfrentamento do mesmo, a gestão teria que assumir o compromisso do enfrentamento da questão, e assumir o fortalecimento e institucionalização da política de PIC em Recife.

## 8.2.2 Finanças setoriais

As PIC são reconhecidas por parte da OMS como alternativas de menor custo para o atendimento a diversas patologias, atuando de forma coadjuvante ou como tratamento principal. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002)

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares traz a importância de se expandir o número de serviços e atendimentos em práticas integrativas no sistema público de saúde, principalmente na atenção primária (BRASIL, 2006a). No entanto, ao contrário do que acontece com a estratégia saúde da família, o núcleo de apoio a Estratégia de Saúde da Família e a outros programas, onde há um recurso assegurado as PIC padecem deste tipo de garantia para que haja uma expansão sustentada e segura dos serviços que prestam estas práticas (SANTOS, 2009). Sendo este um dos principais desafios apontado por diversos atores:

[...] uma das coisas que a gente tem que lutar é o financiamento e realmente tentar e dentro do conjunto das obrigações que a gente tem na realidade da cidade, em

termos de pessoas que de 1,5 milhão de habitantes, 1,1 milhão vivem exclusivamente do SUS então as condições que a gente tem de orçamento para você fazer isso [...] (E5)

[...] a gente precisa de um orçamento definido, nós não temos ainda, não temos uma linha de financiamento [...] (E2)

[...] é uma política que ainda não tem uma dotação orçamentária para que seja executada, você conta com algumas dificuldades de nível financeiro [...] (E3)

A ausência de um financiamento garantido por parte do governo federal e também por parte do município dificulta e leva a fragilidade institucional e de permanência e sustentação pela qual a política de práticas integrativas passa no Recife. Corroborando com a apresentação do valor repassado pelo governo federal para a cidade do Recife durante os anos do estudo (Gráfico 5), que evidencia a insuficiência e instabilidade do repasse dos recursos ao longo do período estudado:

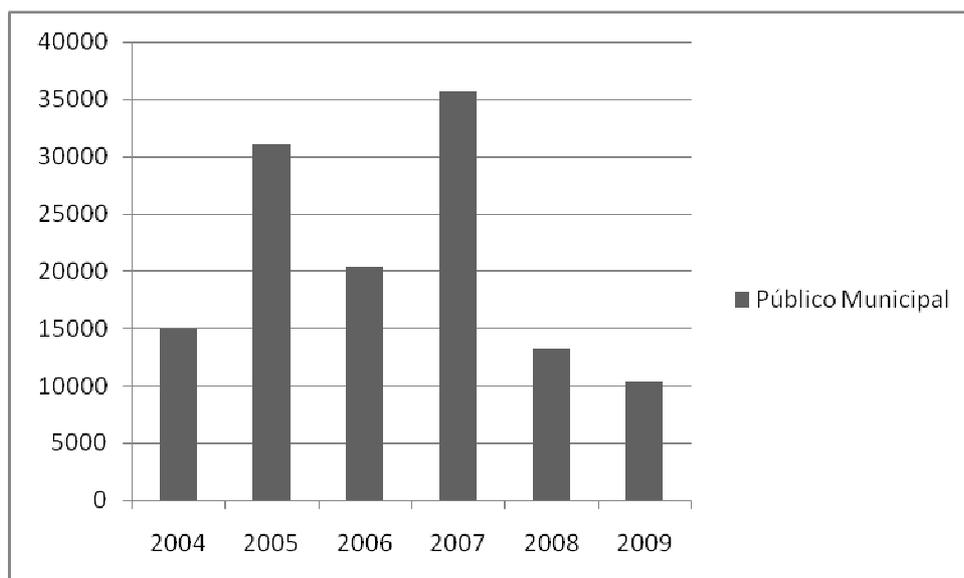


Gráfico 5: Valor repassado ao município pelos atendimentos em acupuntura.  
Fonte: Brasil (2009).

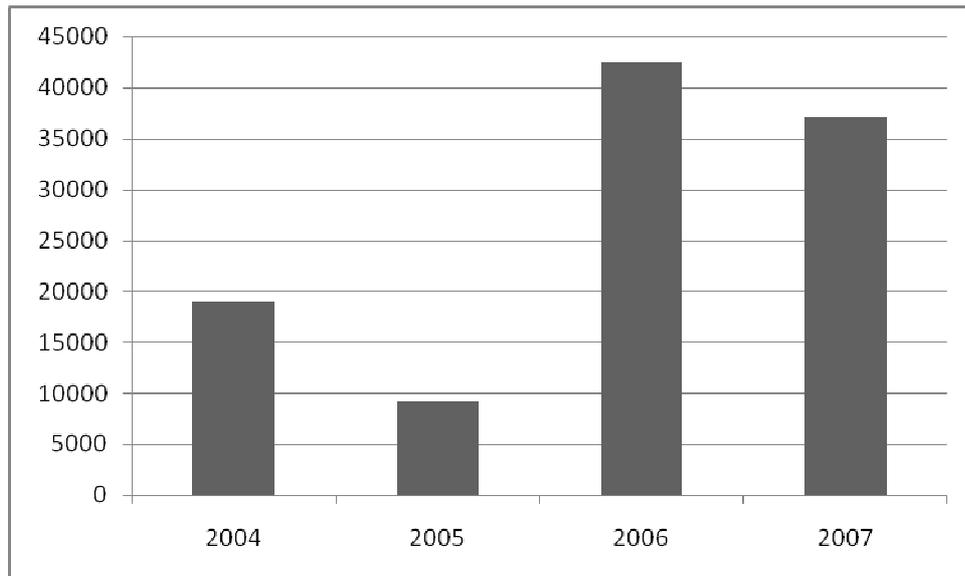


Gráfico 6: Valor repassado ao município pelos atendimentos em Homeopatia  
Fonte: Brasil (2009a).

O valor aprovado e pago pelo Ministério da Saúde, segundo o Sistema de Informação Ambulatorial do DATASUS (SAI/SUS), pelas consultas em acupuntura e homeopatia, para o prestador municipal no Recife, totalizando R\$ 125.693,50 repassados entre 2004 e 2009. Para a acupuntura é 107.639,20 referente aos atendimentos em homeopatia entre os anos de 2004 e 2007.

O incentivo financeiro das práticas integrativas é garantido por meio de recursos vinculados à atenção de média e alta complexidade, que são repassados aos municípios, a partir da produção dos serviços. Desde a portaria 853 de novembro de 2006, que outros serviços podem ser registrados no DATASUS, como, por exemplo, as práticas corporais coletivas (tai chi chuan, entre outros) e com isso o município passaria a receber por esses atendimentos. No Recife, como pode ser observado apenas os serviços de acupuntura e homeopatia são registrados no banco de dados do ministério da saúde.

O plano municipal de saúde de 2006 – 2009 apresenta a necessidade de capacitar mais profissionais da saúde no Guilherme Abath, no entanto não houve discussão, sobre novas formas de financiamento dos serviços realizados na UCIS, o mesmo também acontece na política nacional, onde não há uma determinação de quantos nem de quais serviços receberão apoio no financiamento das suas ações, ficando o repasse de recursos determinado a partir, exclusivamente, da produção do serviço.

A falta de financiamento específico e garantido tem sido um dos maiores gargalos para as mais diversas políticas de saúde em todo o país. A saúde pública é subfinanciada e grande parte dos recursos é investida em procedimentos de alta complexidade. Outro ponto

importante a ser esclarecido é que a política nacional possui o intuito de ampliar o acesso a partir da atenção básica (BRASIL, 2000 a), no entanto mantém o repasse dos recursos desta política advindo da média e alta complexidade.

### 8.2.3 Serviços de saúde

Recife, considerado um dos maiores pólos médicos do país, possui uma rede ampla e composta por diversos serviços em todas as complexidades do sistema público e privado (SANTOS *et al.*, 2009b). Como apresentado na tabela 12, o município conta com 187 serviços públicos municipais, onde são encontrados serviços de práticas integrativas em três: o centro integrado de saúde Amaury de Medeiros (hospital especializado), a clínica de alergologia e a UCIS Guilherme Abath, são classificadas como clínicas especializadas/ambulatórios especializados, sendo o último, o único serviço de exclusivo de práticas integrativas em Recife.

O centro integrado de saúde Amaury de Medeiros possuiu um médico acupunturista e a clínica de alergologia do Recife, realiza acupuntura e homeopatia com um médico acupunturista e um médico homeopata, em ambos os serviços os profissionais só desempenham suas funções no máximo 10 h por semana e a partir de demanda espontânea. Nenhum dos serviços foi citado por parte dos entrevistados pois os mesmos não fazem parte do contexto da política, e a inserção de práticas nestes espaços ocorre de forma espontânea a partir do interesse de profissionais inseridos nestes serviços e que em horários alternativos realizam atendimentos em práticas integrativas, este perfil de serviço e de realidade profissional é semelhante ao que foi encontrado no Rio de Janeiro antes da institucionalização da política naquela cidade (LUZ, 2005; SOUSA, 2004).

No que diz respeito à UCIS, ela fica localizada no Distrito II (DSII), que tem uma população de 223.875 habitantes, o que representa 14,48% da população do Recife. Está localizado em uma área de 1.430 hectares, com uma densidade demográfica de 144,04 habitantes/hectare e 3,92 habitantes/domicílio. A UCIS faz fronteira com Olinda, uma das áreas mais pobres da região, caracterizada pela presença de um grande número de doenças contagiosas, como tuberculose, hanseníase, filariose, etc (BRASIL, 2009a; RECIFE, 2005).

Tabela 9: Estabelecimentos público municipal de saúde em Recife, 2010.

Tipo de estabelecimento	Municipal
Central de Regulação de Serviços de Saúde	1
Centro de Atenção Psicossocial	18
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	142
Clinica Especializada/Ambulatório Especializado	7
Consultório Isolado	0
Cooperativa	0
Farmácia Med. Excepcional e Prog. Farmácia Popular	1
Hospital Dia	0
Hospital Especializado	2
Hospital Geral	0
Laboratório Central de Saúde Pública – LACEN	0
Policlínica	9
Pronto Socorro Especializado	0
Secretaria de Saúde	0
Unid. Mista – atend. 24h: atenção básica, intern/urg	3
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	1
Unidade de Vigilância em Saúde	2
Unidade Móvel Pré-Hospitalar - Urgência/Emergência	1
Total	187

Fonte: Brasil (2010b).

Segundo dados publicados no 1º seminário de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (BRASIL, 2009 a), a UCIS no ano 2005 teve uma produção geral de 6.510 atendimentos individuais e 5.628 em grupos, totalizando 12.138 atendimentos realizados pelos profissionais de homeopatia, acupuntura, nutrição, farmácia, auxiliar de enfermagem e triagens. Em 2006, foram 25.011 atendimentos (10.787 individuais e 14.224 em grupos) e em 2007, 28.380 (16.921 individuais e 11.459 em grupos).

O mesmo relatório traz ainda que dados preliminares da própria UCIS apontam que:

- a) Que o perfil do usuário da unidade, é predominantemente feminino em todos os períodos de atendimento; faixa etária, a maioria dos atendimentos se volta para pessoas entre 40-59 anos, porém é preciso ressaltar o grande número de atendimentos realizados em pacientes acima de 60 anos.

- b) O perfil do usuário segundo as queixas principais apresentadas na triagem revela grande incidência de problemas emocionais, algias, obesidade/metabolismo e problemas cardiológicos.

Um ponto peculiar que foi levantado pelos usuários do “Guilherme Abath” durante o grupo focal, foi que eles realizam mais de um tratamento:

[...] época que eu entrei eu fazia o tai – chi – chuan, a automassagem, depois ia fazer um pouquinho de acupuntura (6)

[...] você vai pra nutrição, você vai pode ir para o floral [...] (3)

Os usuários das práticas integrativas, geralmente, fazem uso de diversas terapêuticas simultaneamente, e até fazem integração de forma complementar com a medicina convencional (FONTANELLA, 2007).

Ao se verificar a produção apresentada pelo prestador municipal para os atendimentos em acupuntura e homeopatia, encontramos que há uma alternância elevada, em relação à produção, entre os dois tipos de tratamento ofertados pelo SUS municipal. Ao contrário dos achados de Santos (2008) que apresenta uma evolução constante no número de atendimentos em acupuntura em todo o território nacional.

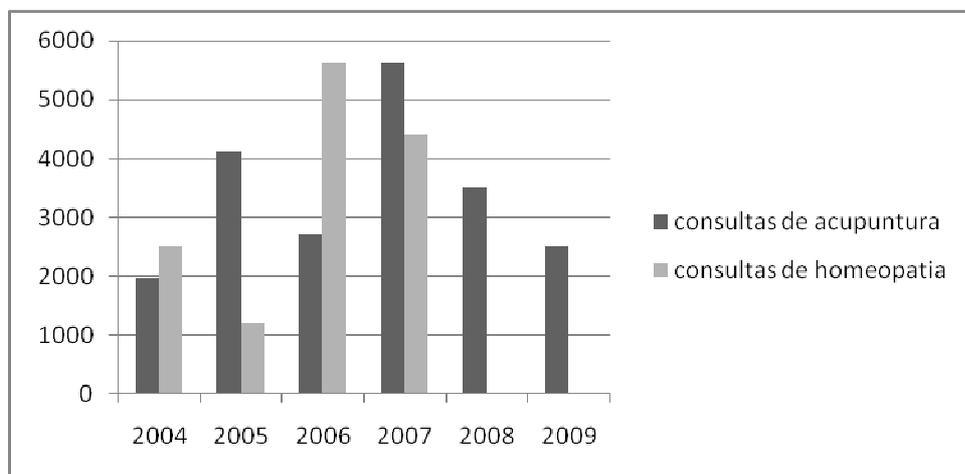


Gráfico 7: Atendimento em acupuntura e Homeopatia em Recife, entre 2004 e 2009.  
Fonte: Brasil (2009a).

Os resultados apresentados demonstram que há uma falta de regularidade nas consultas tanto de acupuntura quanto de homeopatia, ao contrário do que é encontrado na média desses atendimentos em todo o território nacional, onde, segundo o ministério da saúde, entre 2007 e 2008 houve um crescimento de 122% nos atendimentos de acupuntura e 358% nos atendimentos de homeopatia (BRASIL, 2010). Belloto Júnior, Martins e

Akermann (2005) e Brasileiro *et al.* (2008) e apresentaram a satisfação e o uso de práticas integrativas em diferentes serviços e comprovaram que há bastante interesse por estas práticas.

Um dos motivos para a falta de regularidade na produção da UCIS pode ser a distância e a dificuldade de acesso dos usuários, como levantado por alguns usuários de outras práticas:

Para ir para a auto-massagem eu me acordo cinco horas da manhã, tem que pegar o carro no máximo seis e meia ou quinze para as sete, porque se eu pegar de sete horas eu chego lá de oito e meia, oito e vinte, já tem terminado o tratamento da auto-massagem, às vezes eu nem vou (2)

Pra mim, é péssimo assim, porque não ando só, pra pegar ônibus eu tenho que ter uma pessoa pra ir comigo essas coisas, aí gasto muito com taxi (3)

Entre o final de 2008 e início de 2009, houve a mudança do endereço da UCIS Guilherme Abath, para um espaço que foi adaptado para receber as práticas realizadas na unidade. Além disso, neste mesmo período houve o término do contrato de alguns prestadores de serviço da unidade e a possibilidade de término das atividades do Guilherme Abath nos moldes que ele funciona atualmente. Sendo este mais um dos motivos para a queda na produção do serviço.

[...] fica entre fecha não fecha, aí abriu tudo de novo, vou retornar de novo é muito bom [...] 1

[...] ia fazer hidroginástica, mas foi suspenso, ia fazer hidromassagem, e foi suspenso também [...] 3

o espaço agora tá menor[...] 6 GFU

Infra-estrutura física, além de recursos humanos e financeiros são imprescindíveis para um bom funcionamento dos serviços de saúde (MATUS, 1996). O que segundo as falas acima não estão ocorrendo na UCIS após a mudança do prédio.

Por fim, entre os anos de 2008 e 2009 começou-se a se trabalhar com uma nova tabela no DATASUS, esta nova tabela traz novos códigos e integra o sistema de informação ambulatorial (SIA) e o sistema de informação hospitalar (SIH), o que fez com que não houvesse como se registrar mais as consultas de homeopatia que passaram a ser registrada como consulta de especialidade e fosse postas numa “vala comum” (Portarias MS/SAS n° 154 de 18 de março de 2009 e n° 84 de 25 de março de 2009), nas primeiras análises realizadas pelo ministério da saúde, apontou para possíveis erros e distorções na alimentação dos bancos de dados de alguns serviços.

### 8.3 O Processo da política

A análise do processo da política de práticas integrativas em Recife será apresentada, considerando o ciclo da política, proposto por Viana (2008): entrada na agenda, formulação, implantação e avaliação (VIANA, 2008).

#### 8.3.1 Entrada na Agenda

A proposta da UCIS começou a ser gestada ainda no primeiro ano da primeira administração do prefeito João Paulo, bastante sensível as terapias alternativas, por ser praticante a vários anos. No ano de 2001 se iniciaram alguns tentativas, mas ainda desarticuladas de inserir algumas práticas integrativas nos serviços de saúde municipais de Recife, principalmente práticas corporais e meditação.

No ano de 2002, durante a administração do secretário de saúde Humberto Costa, partiu a iniciativa da diretora do Distrito II, a criação de um serviço de Saúde voltado exclusivamente para as práticas integrativas, a proposta foi acatada de pronto pelo secretário de saúde. Foi composto um grupo de estudos, formado por consultores da secretária de saúde e a diretora do distrito II (BRASIL, 2009a).

Observa-se que houve convergência dos três fluxos (Problema, alternativa e Política) que, segundo Kingdon (2003), são fundamentais para a entrada de uma questão na agenda governamental:

No primeiro fluxo o do Problema há por parte de alguns atores o reconhecimento que há elevado numero de doenças crônicas em Recife:

[...] e a gente diante do panorama sanitário da capital que é formado com predominância das DANT, e a terapêuticas dessas doenças do ponto de vista mais tradicional conservador, é uma terapêutica que provoca bastante, mas provoca bastante danos, considerando isso a gente começou. (E4).

Recife é uma das capitais brasileiras, segundo dados do IBGE, com maior proporção de idosos e entre as principais causas de mortalidade por causa definida estão as doenças crônicas não-transmissíveis (RECIFE, 2002). O que demonstra a necessidade da inserção de novas práticas no cuidado a saúde.

No segundo Fluxo, o das alternativas e soluções, verificou-se que essa terapêutica possui um custo mais baixo.

E ela não tem uma acumulação de tecnologia “Hard”, ela trabalha com a linha de conhecimento e produção de medicamentos simples, muito mais simples que qualquer outro, então ela tá completamente adaptada dentro do conceito do que é atenção primária, que é você tratar todos os problemas da comunidade como porta de entrada, e ela é complementar (E4).

Os tratamentos a partir de práticas integrativas em geral são mais baratos devido a pouca incorporação de tecnologia e menor necessidade de exames complementares e por reduzia a medicalização, chegando a gerar economia de mais de 90% dos recursos financeiros para alguns tratamentos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002; VICKERS et al., 2004).

O terceiro fluxo que é o da política é subdividido em três componentes:

- a) O fluxo chamado de “clima” ou “humor” nacional (*national mood*), que com a entrada do Prefeito João Paulo para a administração, que conhecia as práticas integrativas, favoreceu a iniciativa de se desenvolver um projeto, equivalente a UCIS;

[...] o prefeito João Paulo tinha uma característica diferente como gestor porque ele é, ele também é meditante. Ele é da linha da meditação transcendental... mas o desejo do prefeito também era que os servidores, os profissionais, as gerências, pudessem tá realizando a meditação transcendental[...] (E2).

- b) O segundo fluxo é composto pelas forças políticas organizadas, exercidas principalmente pelos grupos de pressão. No caso do Recife, havia um grande número de atores que possuíam interesse de trazer novas propostas para a atenção à saúde e isto traz mais um ponto positivo para a UCIS.

A gente pensou que era possível oferecer ao cidadão algo que não era oferecido de uma maneira, quase que em canto nenhum no sistema público de saúde, então a gente pensou em trazer a condição da pessoa ter acesso a acupuntura, a outras práticas que viesse a complementar toda a estrutura que a gente oferece no sistema de saúde. Ela veio nesse bojo, no reconhecimento da importância disso, muitas pessoas pediam, queriam, daí surgiu a primeira experiência mais organizada que é o Guilherme Abath [...] (E5).

- c) O terceiro fluxo a afetar a agenda são as mudanças dentro do próprio governo: mudança de pessoas em posições estratégicas dentro da estrutura governamental (*turnover*); isso é observado em Recife, porque houve a inserção de atores importantes em pontos-chave do governo como na secretaria municipal de saúde, distritos sanitários e coordenação da atenção básica o que favoreceu a criação da UCIS Guilherme Abath.

Este é o último fluxo, não por isso menos importante, ao contrário para Oliveira, Magone e Pereira (2005), consideram este fluxo como fundamental, pois é a partir dele que é feita a tomada de decisão. Fischer, Miller e Sidney (2007) apontam a importância do mesmo para que o problema seja reconhecido como uma demanda da sociedade e com isso entre na agenda dos formuladores e decisores das políticas.

### 8.3.2 Formulação

O grupo de trabalho começou a construir um projeto de saúde pautado pela preocupação com as mudanças sociais e demográficas, o aumento das doenças crônicas degenerativas e a necessidade de se adotar outra forma de atendimento terapêutico, visando melhorar a qualidade de vida e acolher os “novos” pacientes, que necessitavam de remédios em grande quantidade e, por períodos prolongados (BRASIL, 2006 a).

A formulação da política em recife, aconteceu separadamente da implementação, o processo aconteceu da seguinte maneira:

1. Inicialmente foram realizadas reuniões quinzenais com a equipe selecionada e o acompanhamento da estruturação da casa destinada a acolher a UCIS;
2. O segundo passo foi a discussão sobre os objetivos da UCIS e a confecção dos termos de referência. Todos os profissionais selecionados elaboraram um Termo de Referência no qual expunham a prática a ser realizada, como e em que período ela seria desenvolvida e os recursos financeiros necessários para implementá-la (BRASIL, 2009 a);
3. O terceiro foi a leitura de textos sobre a integralidade, visando ajudar a equipe a compreender o sentido da transdisciplinaridade.

Observa-se que a política de práticas no recife possui uma característica de ter sido formulada a partir da decisão dos gestores do primeiro escalão, ou seja, a partir de uma visão elitista segundo ARAÚJO (2000).

[...] foi criado por solicitação do secretário de saúde na ocasião e um grupo reuniu-se e construiu um projeto onde inseria o que foi chamado de... um trabalho de promoção à saúde que incorporaria algumas atividades de atendimento individual, e outras que seriam atendimentos em grupo e que foram chamadas de Práticas de Re-humanização Corpo e Mente. (E3)

Costa (2007) faz uma revisão onde apresenta que são as elites, as portadoras de racionalidade política e assim os únicos sujeitos capazes de tomarem decisões. As decisões são tomadas por experts que indiretamente foram escolhidos pelo povo através do voto. E isto pode ser observado na formulação da política de práticas em Recife, onde os gestores decidiram formar um grupo de estudos, com expertises, para a construção de uma política municipal.

No entanto verifica-se que a formulação de uma política com essas características pode ter efeitos “colaterais” como os relatados por um dos entrevistados:

[...] em 2004, eu me lembro disso... a gente viu que tinha uma iniciativa , através do distrito 2, uma iniciativa da gerência distrital de estruturar uma unidade de referência. Mas nós não tivemos participação na elaboração nem na organização. A gente já ficou sabendo da inauguração [...] muito pouco foi discutido com o coletivo dos profissionais de saúde [...] Então o que é que a gente verifica hoje? Que também muitas pessoas ainda não sabem que existe esse serviço do Guilherme Abath, muitos profissionais de saúde também não o conhecem. [E1].

O relato demonstra a importância da participação da sociedade, profissionais e até mesmo os usuários, na discussão e construção de políticas públicas. Conforme Almeida (2010) relata: quanto menor a distância entre os formuladores e os implementadores, maiores serão os impactos e os objetivos alcançados por uma política.

### 8.3.3 Implementação

Em setembro de 2004 foi implementada a política de práticas integrativas em Recife por meio da inauguração da UCIS Professor Guilherme Abath, com atendimentos em Homeopatia, Acupuntura, Fitoterapia, Bioenergética, nutrição e educação em saúde, lian gong, bioenergética, tai chi chuan, dança e percussão, alimentação saudável, auto-massagem (USUÁRIO, 2006)

Neste momento, os objetivos definidos durante a formulação foram postos em prática, este é o momento crucial, pois quando não se atinge o objetivo definido segundo Minogue (1983), muitas vezes isso é considerado como falha de gestão, ou gerenciamento pobre. Sendo assim, essa fase representa como sendo um aspecto crucial da realidade na elaboração das políticas. A implementação do acolhimento do paciente e de um tratamento humanizado, é relatado como sendo um dos maiores diferenciais da UCIS.

É no tratamento que o povo da a gente que é bom, é do vigilante ao administrador. Aqueles meninas da recepção, elas são ótimas, atendem muito bem, e as vezes quando o médico não vai liga antes pra gente, entendeu? Parece que aquele povo teve um tratamento diferenciado da maneira deles tratar as pessoas, agora isso aí eu acho lindo, quando chego é lá é todo mundo - bom dia! Boa tarde! Os médicos, todos. Sempre dão um abraço na gente, é coisa muito boa ali no Guilherme, não sei o que foi quem ensinou a eles a trabalhar daquele jeito, eu me sinto muito bem lá. (3) GFU.

Até o tratamento das pessoas quando a gente chega lá é diferente, né? Na policlínica a gente chega, fala com as pessoas, eles tão no balcão, assim é muito diferente lá, quando chega lá, chega acha diferença quando chega em outros setor de médico, e tudo assim, Agamenon (hospital) a gente fala com aquelas atendentes, elas não dá nem atenção, Restauração, e lá não, atende todas as pessoas. (1) GFU.

Apesar de se entender que diversas vezes é muito difícil se distinguir o momento em que se encerra a formulação e se inicia a implementação, sendo esta distinção até desnecessária. No Recife houve separação entre os dois momentos, pois se observa que houve alguns passos que precederam a implementação, e que aconteceram distintos da mesma, para Araújo (2000) quando há divisão clara entre a formulação e implementação de um política este processo é conhecido como *top-down*.

Nesta abordagem o enfoque é feito no poder de decisão dos políticos centrais, semelhante ao que aconteceu no Recife onde a partir de decisões centrais, interesses e aspirações de gestores em pontos estratégicos, se desenvolveu e se implementou uma política municipal de práticas integrativas (SABATIER, 1986).

Segundo o Grupo de Análise de Políticas de Inovação (2002), o hiato entre as aspirações desses atores situados num plano central e realidades locais seria a causa dos déficits de implementação. Mesmo no caso da Política de Práticas Integrativa no Recife onde, segundo os formuladores, as precauções ou pré-condições para que a política fosse bem implementada e seus objetivos alcançados foram tomados, como o desenvolvimento do serviço com o apoio da diretora do distrito sanitário e do secretário de saúde, apenas a inclusão de práticas que eram “socialmente” aceitas e que possuíam uma efetividade comprovada como citado em um das entrevistas:

Precisavam ser praticas que tivesse uma determinada eficácia e efetividade comprovadas. Tínhamos dificuldades no inicio a questão do perfil dos profissionais, que não os dispunham na rede, eram profissionais. Já que existiam praticas que só deviam ser exercidas por médicos, já que eram praticas reconhecidas e restritas a essa categoria e tinham um elenco grande de praticas que incluía desde a dança a meditação e outras praticas que os profissionais não seriam médicos. (E5)

Algumas dificuldades inesperadas surgiram, como mudança de direção na gestão do distrito e alterações em cargos que apoiavam o projeto, como secretário de saúde, diretoria de

distrito e mudanças na coordenação da atenção básica e de profissionais que compunham a estratégia do Saúde da Família da cidade.

[...] porque efetivamente depois que a gente saiu da gestão, que algumas pessoas estratégicas pra gestão, esse projeto deixou de ser valorizado [...] por conta de todo o processo da atenção primária em Recife, que sofreu vários, digamos assim, várias discontinuidades, pela precarização inicial[...] (E4)

Além das mudanças em pontos estratégicos da gestão, o maior dificultador para a implementação da política de PIC no Recife parece ser, na visão dos profissionais, a ausência de integração da UCIS com a rede de serviços municipais de saúde, principalmente o atendimento especializado:

[...] acho que o problema realmente é o encaminhamento do paciente, o problema de referência e contra-referência que não existe..., por exemplo, o PSF encaminha o paciente para a acupuntura, então qualquer outro atendimento que a gente quiser fazer se perde, porque não tem como referenciar para traumatologia, ortopedia [...] (GFP)

Observa-se que uma falha importante na formulação e na implementação das PIC no Recife, que possui uma característica *top-down*, talvez não tenha proporcionado a devida importância à rede de referência e contra-referência, o que provavelmente poderia ter sido evitado se o coletivo dos profissionais de saúde tivesse participado, de alguma forma, da formulação e implementação da política no Recife, como é analisado na abordagem *bottom-up* (SABATIER, 1986). Portanto, no Recife, não ocorreu o que Mannheimer (2007) considera como fundamental para o êxito de uma política que é a aproximação entre os profissionais/implementadores, os gestores e formuladores da política.

#### 8.3.4 Avaliação

A avaliação, como afirmado por Cunha (2010) não pode ser um processo isolado, ou uma última etapa da política, mas, sim, um componente importante em todos os momentos da política. Alguns atores relataram que há falta de avaliação da política de PIC no Recife:

Esse momento agora que a gente está rediscutindo é a experiência de se transformar em uma política mais enorpada é trazer a idéia de como a gente pode ter isso nas diversas regiões da cidade, ampliar a questão do acesso e também construir a viabilidade [...] (E5)

[...] outra dúvida é quanto a gente expandiu, quanto o Guilherme Abath conseguiu trabalhar fora de suas fronteiras das quatro paredes? Quanto ele foi capaz disso? Como se da isso dentro da rede? [...] ela precisa ser avaliada para saber o fim, se foi alcançado ou não? ou se transformou? Se transformou ou não? (E3)

Há um reconhecimento por parte da literatura dos benefícios que estas práticas de saúde podem trazer à população nas mais diversas patologias, corroborando com o apoio por parte dos usuários do serviço, como foi observado nos relatos de todos os usuários que compuseram o grupo focal do estudo.

A efetividade e os impactos da política de práticas no Recife ainda não foram avaliados, provavelmente por falta de instrumentos que dêem indicadores para os resultados alcançados por diferentes práticas. Esta avaliação responde à sociedade sobre os investimentos e orienta os futuros gastos do governo municipal (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Tem a função de legitimar, reconhecendo ou não a resolutividade das práticas em Recife, como relatado no grupo focal dos profissionais:

Se as pessoas estão voltando, se rendeu mesmo, se houve resolubilidade. Se cada um atingiu seus objetivos, porque a gente fica às vezes sem saber por que as pessoas não voltam mais [...] a gente tem que saber se não voltaram porque atingiram seus objetivos ou porque abandonaram o tratamento [...] (GFP)

A política de PIC no Recife atravessa o mesmo problema que a maioria das políticas de saúde no Brasil, que por não serem avaliadas, dificulta o acompanhamento, monitoramento dos resultados e impactos (FELISBERTO, 2006).

#### **8.4 Conteúdo da política**

Recife foi um dos pioneiros na institucionalização de um serviço voltado exclusivamente para as práticas integrativas. As falas dos entrevistados, o Relatório do Primeiro Seminário de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2009) e divulgação da secretaria de comunicação da prefeitura do Recife sintetizam o conteúdo da política de PIC no Recife se propunha a realizar:

- a) A principal proposta é que a UCIS seja retaguarda para atenção primária e de outros serviços especializados como o CAPS e as policlínicas tradicionais. O paciente é atendido por grupos de acolhimento que busca conhecer melhor o paciente e buscar as melhores práticas para a sua queixa;

- b) A principal meta da política é criar uma rede de práticas integrativas em todo o território da cidade, esta rede alicerçada na ESF e apoiada por mais UCIS, que inicialmente é imaginada como uma unidade de referência por distrito. A descentralização da UCIS é relatada pelo grupo focal como sendo importante para uma melhor prestação de serviço por parte dos municípios:

Como eu digo, deve ter em todo distrito deve ter um Guilherme Abath que é diferenciado das policlínicas, tanto que você vai para as policlínicas é uma coisa diferente, vai pro médico clínica geral, lá não tem, já tem as pessoas pra cuidar da gente lá. (GFU)

[...] no meu entender se houvesse mais unidades com esse tipo de melhoria até os hospitais de tanta doença. Porque às vezes a pessoa nem tem aquela doença mesmo crônica, aí vai pra um canto pra ver se consegue se cuidar mais, consegue entender o que tem, tem gente que até fica boa, dependendo do tipo de doença, eu acharia que deveria ter mais hospitais com esse tipo de atendimento [...] (GFU)

- c) Um dos principais objetivos é o de capacitar profissionais, principalmente, os da atenção básica em PIC, para aumentar a resolubilidade da atenção básica e reduzir a dependência dos serviços de referência e reduzir os custos com o cuidado destes usuários;
- d) O centro foi inaugurado com capacidade de realizar cerca de 300 atendimentos diários, dentre os funcionários encontramos: médicos acupunturistas e homeopatas, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogos. Oferecendo serviços de acupuntura, fitoterapia, acupuntura, laboratório de homeopatia, programa de alimentação saudável e práticas de harmonização corpo/mente como o tai chi, ioga, dança e percussão afro-indígena, pouco tempo depois foi incorporada a prática da auto-massagem (RECIFE, 2004).

No entanto, devido à ausência de um arcabouço jurídico que dê sustentabilidade a política de PIC no Recife, houve apenas um decreto de nº 51 publicado no Diário Oficial no dia 10 de maio de 2005 e um concurso público realizado em 2003, onde foi inserida uma vaga para médico acupunturista e uma para médico homeopata. Não se consegue definir de maneira clara o conteúdo de uma política, que segundo o ministério da saúde é representado por seus programas, propostas, objetivos, atividades específicas e metas (BRASIL, 1998).

A política municipal foi desenvolvida anteriormente à política nacional ter sido publicado e, como se sabe, no Brasil há uma dependência da esfera municipal com um marco

regulatório federal. Mesmo assim verifica-se que a política municipal traz várias semelhanças com a política nacional:

- a) Atender aos usuários e cuidadores pertencentes à rede de atenção à saúde; disseminar as práticas de cuidados na rede de atenção básica; capacitar profissionais da rede de serviços, cuidadores e população; criar um núcleo experimental de práticas de cuidados integrais; desenvolver métodos e técnicas para avaliar sua adequação e resultados. A capacitação numa perspectiva de incorporação dessas práticas leva a diminuição da demanda nas emergências, principalmente em relação àqueles pacientes que as procuram frequentemente com dores (BRASIL, 2006a);
- b) Quanto ao fluxo de atendimento, os usuários são encaminhados pela rede de saúde do município, ou seja, PSF, PACS, CAPS, policlínicas e unidades convencionais. O paciente chega com sua queixa principal e, após o encaminhamento, passa por uma triagem, sendo criado um projeto terapêutico provisório. Após esse procedimento, vai para o Grupo de Acolhimento, o que se constitui num momento muito importante. Essa atividade é realizada pelos profissionais responsáveis pelas práticas, que informam o paciente sobre a prática para a qual foi encaminhado e as outras disponíveis na unidade. Nesse acolhimento, ocorre a decisão de qual é realmente a melhor prática terapêutica para o paciente.

A política de práticas integrativas no Recife não se desdobrou em programas, apenas alguns projetos de capacitação realizados pela própria UCIS para profissionais da atenção básica e algumas atividades específicas, além de atividades específicas desempenhadas no próprio centro, a característica desta política no Recife é a mesma relatada por Walt (2008) em grande parte das políticas de saúde em países em desenvolvimento onde há uma baixa institucionalização, ausência de vigilância e financiamento insuficiente.

Atualmente a unidade é composta de 30 servidores, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): 9 auxiliares de escritório, 1 supervisor administrativo, 1 gerente de serviços de saúde, 2 nutricionistas, 3 médicos homeopatas, 4 médicos acupunturistas, 2 terapeutas ocupacionais, 1 fisioterapeuta, 3 psicólogos, 1 fonoaudiólogo, 1 assistente social, 1 farmacêutico, 1 médico clínico geral. Destes, 5 não possuem vínculo empregatício, além de outros que não aparecem no CNES, por incapacidade de enquadramento entre os funcionários da secretaria de saúde, o que gera a formação de contratos de prestação de serviços precários.

Um dos principais fatores que dificultaram a elaboração do conteúdo da política é a ausência de atribuições claras sobre os profissionais que realizam as PIC, centros formadores, quem está apto a realizar determinada prática, o que gera uma dificuldade de institucionalização de um serviço que contemple a participação desses profissionais, como apresentado na fala dos atores:

Porque essas práticas algumas delas exigiam formação muitas vezes moderna, porque muitas vezes você não reproduz a capacitação desses profissionais em uma semana em um mês desses profissionais, então como selecionar em concurso público? Se não é por concurso como é que você vai pagar? Como é esse vínculo a precarização desses vínculos, isso tudo compromete a sustentabilidade [...] (E3)

[...] Assim como, quem é que forma hoje o profissional de Yoga? Quem é que forma? Como o serviço público reconhecer isso? (E4)

Uma outra dificuldade, que eu acho, é a questão dos profissionais, nós não temos uma política de formação de pessoas, de gestão que dê estabilidade, a gente não pode nem abrir um concursos porque aquela profissão não esta regulamentada. (E5)

As práticas integrativas são compostas por um amplo espectro de métodos e técnicas terapêuticas diferentes, distribuídas em racionalidades médicas distintas. Há uma grande dificuldade de definição de quais centros formadores seriam responsáveis pela capacitação dos profissionais, quais as profissões que fariam determinadas práticas, o que tem se mantido mesmo posteriormente a publicação da PNPIC, onde a mesma não norteou estas definições, e isso tem provocado polêmicas e dificultado a ampliação de algumas práticas (SANTOS *et al.*, 2009 a).

A dificuldade de normatização das práticas e de institucionalização das políticas de práticas integrativas e complementares é semelhante em diversos países da América Latina e do Caribe, onde diversas medicinas tradicionais não forma regulamentadas, mas mesmo assim fazem parte dos sistemas de saúde público (NIGENDA *et al.*, 2001).

O contexto atual, segundo um dos entrevistados, parece ser favorável a uma revisão e efetiva institucionalização das PIC no Recife, a partir da discussão de meios para o fortalecimento da mesma em âmbito municipal:

[...] Esse momento agora que a gente está rediscutindo é a experiência de se transformar em uma política mais encorpada é trazer a ideia de como a gente pode ter isso nas diversas regiões da cidade, ampliar a questão do acesso e também construir a viabilidade [...] (E5)

O momento favorável a uma efetiva institucionalização e a geração de um marco normativo legal, devido ao aceno da gestão municipal pode gerar a reabertura da janela de oportunidade (MANNHEIMER; LEHTO; OSTLIN, 2007).

## 8.5 Atores

Devido às características do desenvolvimento da política de práticas integrativas no Recife, e se considerando que o processo político é dinâmico, os atores selecionados foram escolhidos a partir da importância dos mesmos, a partir da análise das entrevistas, dos grupos focais e outras fontes primárias e secundárias de dados, foi utilizado o modelo de Eden (1996) que identifica a posição dos atores segundo interesse e poder dos mesmos:

Tomando como referência o modelo de Eden (1996), os profissionais foram considerados como sujeitos da política; a população está representada pelo grupo de usuários; os líderes são os gestores, o Conselho Municipal de Saúde e as entidades médicas.

Os jogadores da política de práticas no Recife foram aqueles que participaram desde o início do processo até sua implementação, ou seja, são aqueles que possuíam poder sobre a agenda decisional do governo, dentre estes encontramos aqueles que possuíam poder e interesse sobre as PIC no Recife: gestores e entidades médicas. Pode-se constatar ao se analisar trechos de entrevistas com os atores chave:

Eu analiso que os momentos são favoráveis, então, o momento e as pessoas que ocupam as posições e os setores, então, numa gestão em que o prefeito é sensível, o secretário é sensível, em que o diretor distrital é sensível, [...] no distrito sanitário II, então, um se mostrava com a força para complementar e implantar o serviço. (E1)

[...] foi criado por solicitação do secretário de saúde na ocasião e um grupo reuniu-se e construiu um projeto [...] (E2)

[...] Já que existiam praticas que só deviam ser exercidas por médicos, já que eram praticas reconhecidas e restritas a essa categoria e tinham um elenco grande de praticas que incluíam desde a dança a meditação e outras práticas que os profissionais não seriam médicos [...] (E3)

[...] ficou na medicina, apesar que a gente não concorda que seja uma prática só de médico, mas era muito difícil a gente se contrapor a isso, por exemplo com a sociedade de acupuntura que completamente (fechada), não permite que outro trabalhador faça [...] A sociedade de homeopatia nem tanto, mas de qualquer jeito a de acupuntura era o grande problema...a gente não incorporou, imediatamente, o floral, a gente poderia ter incorporado, mas havia e ainda há na sociedade, principalmente no conselho de medicina a grande resistência [...] (E4)

Devido à característica de formulação elitista e de implementação *top down*, verificase que não houve a participação do coletivo dos trabalhadores de saúde e também do conselho municipal de saúde, que ao se analisar as atas do ano da inauguração da UCIS, não foi encontrada nenhuma referência à unidade ou à política. Então, pode-se representar no que diz

respeito aos atores, o primeiro momento da política de práticas no Recife, como mostra a figura a seguir:



Figura 5: Mobilização dos atores das políticas de práticas integrativas no Recife, segundo interesse e poder.

A partir da análise das 126 atas, no período de 2004 a 2009, há fortes indícios que o conselho municipal de saúde, órgão que possui um poder reconhecido junto à gestão municipal, não participou da discussão, da formulação e nem sequer da implementação da política. Encontramos apenas uma citação que merece algum pequeno destaque, no que diz respeito à UCIS que ocorreu na reunião ordinária nº 181 de 2007 do CMS:

O Conselheiro Frederico informa que o conselho recebeu um convite do terceiro aniversário da Unidade de Saúde Guilherme Abath e o mesmo participou no terceiro dia e ele tem como sugestão que o conselho faça não só a visita mais uma olhada diferenciada naquela unidade que hoje faz a diferença na Cidade do Recife e que o mesmo ficou surpreso. O mesmo fala ainda que quando se encontrava conversando com um representante do conselho da unidade que estava pedindo a questão da segurança há bastante tempo e que no dia dezanove, ontem, a unidade foi vítima de um assalto, usuários, trabalhadores e prestadores tiveram seus bens subtraídos de uma forma violenta por quatro meliantes, dessa forma o conselho precisa cobrar esta questão que já foi encaminhada pela unidade, pelo conselho da unidade e que não foi prestada a devida atenção. (linha 1164 – 1170).

Os trabalhadores das práticas integrativas do Recife tiveram participação discreta em todos os momentos do processo, sendo este um dos motivos que levaram a precarização dos vínculos trabalhistas de algumas categorias de profissionais:

Uma outra dificuldade, que eu acho, é a questão dos profissionais, nós não temos uma política de formação de pessoas, de gestão que dê estabilidade, a gente não pode nem abrir um concursos porque aquela profissão não esta regulamentada [...] (E6)

[...] até agora os profissionais trabalharam com um vínculo precário, recebendo de forma irregular, porque você não pode caracterizar vínculo empregatício [...] (E2)

Outro fator que demonstra que os profissionais não acompanharam o processo é observado no relato do grupo focal dos profissionais o que apresenta que na mudança de prédio da UCIS os próprios trabalhadores da unidade não foram consultados:

[...] essas salas aqui são muito ruins pra acupuntura, porque fica muito apertado, a outra casa era muito confortável pra gente, porque a sala era muito maior [...]

[...] tem um quintal maravilhoso, mas é cheio de formigas [...]

[...] a farmácia da homeopatia, que desde que a gente veio pra cá ela nunca funcionou e isso tem dado um prejuízo muito grande, porque a adesão ao tratamento diminuiu muito [...]

Em nenhum momento da coleta dos resultados, análise das entrevistas, grupos focais e os outros bancos de dados, verificou-se qualquer citação referente à participação dos usuários em qualquer momento do processo da política, ou sequer alguma citação que os levassem a ser classificados como interessados ou com algum poder segundo as categorias de Eden (1996).

Reconhece-se que a formulação e implementação da política de práticas em recife tiveram um caráter elitista, segundo Araújo (2000), pois a elaboração foi realizada por políticos do primeiro escalão. Thomas e Gilson (2004) demonstraram que um exemplo parecido aconteceu na África do Sul onde os se mobilizaram e utilizaram o seu poder para conseguir implementar as reformas no sistema de saúde daquele país, onde alguns grupos e comitês se associaram para o seu fortalecimento e aumento do poder junto as mudanças do sistema de saúde.

O empenho da gestão e de entidades médicas para implementar a política de práticas no Recife esbarra numa das características principais do sistema de saúde de países em desenvolvimento, que é o arcabouço jurídico é frágil, o financiamento, muitas vezes, não é garantido, ausência de vigilância e monitoramento dos resultados (WALT, 2008).

Pode se identificar que o maior órgão, em âmbito municipal, representativos dos interesses dos usuários ainda não incorporou o discurso das práticas integrativas como um

tema relevante. O não envolvimento nas decisões políticas por parte da sociedade e dos próprios serviços públicos, como acontece no Recife pôde ser encontrado ser um fator determinante para garantir a estabilidade administrativa, porém dificultou a legitimidade tão necessária à continuidade de políticas e de programas. (AGYEPONG; ADJEI, 2008)

Outro fator que influenciou o resultado alcançado pela política até o ano de 2009 foi a pequena participação da sociedade em todos os momentos foi a não participação, tanto de profissionais quanto dos usuários nas definições dos caminhos da política no município, esse é um dos fatores que influenciam o sucesso de políticas sociais (CUNHA, 2010).

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise de política é um campo em expansão no Brasil. A análise das políticas de saúde tem obtido cada vez mais espaço no meio acadêmico, no entanto ainda são pouco utilizadas pelos gestores e formuladores de políticas. A análise de políticas de saúde em âmbito local, como no Recife, ainda é pouco explorado, e quando se fala em política de práticas integrativas fica ainda mais complexo, devido ao escasso número de referências.

O contexto local, nacional e internacional no nosso estudo se mostrou bastante favorável ao surgimento de novos olhares sobre o cuidado em saúde. Durante todo o início do processo da política de práticas no Recife, no entanto a política não é influenciada apenas pelo contexto, se na formulação e no momento da implementação não houver agilidade para lidar com as dificuldades que se apresentam a política dificilmente alcançara seus objetivos. No caso específico do Recife, a implementação da política ocorreu de forma fragmentada, descontinuada e com pouca participação social.

Outro fator importante para o sucesso da política é um arcabouço jurídico institucional fixado em bases firmes e suportado por uma retaguarda que lhe garanta financiamento, avaliação e retroalimentação da política. O que não foi encontrado na política de PIC no Recife, pois houve apenas a criação de um serviço, que acabou por personificar as PIC no município e isso se deu, em parte, por uma falta de institucionalização e normatização firme, o que fragilizou a inserção das práticas no serviço público municipal, principalmente após a saída de alguns atores chaves do cenário da gestão de saúde pública da cidade. Alguns fatores podem ser apontados como prováveis para que isso acontecesse, entre eles: a ausência de prioridade dada à política, com isso, a sua saída da agenda da secretaria municipal de saúde, devido a questões como ausência de regulamentação de algumas profissões, precariedade de vínculos empregatícios e falta de incorporação do discurso das práticas por parte da sociedade.

Entende-se que no Brasil há certa dependência das orientações que as regulamentações nacionais proporcionam às locais, pois algumas lacunas das políticas municipais são preenchidas e solucionadas com a orientação das políticas nacionais. O que verificamos é que no Recife a elaboração de um conteúdo para política municipal precedeu a nacional. No momento em que as falhas e imperfeições surgiram, a política nacional não pôde ser utilizada como norteadora das ações da secretaria municipal, devido a sua imprecisão no que diz

respeito à regulamentação profissional e precarização dos vínculos de quem trabalha com PIC e falta de financiamento garantido por parte de um repasse federal permanente e seguro.

A política municipal não gerou planos, programas ou projetos, apenas ações que ocorreram e acontecem, ainda, de forma desarticulada com a política municipal de saúde, o que impede expansão de acesso e dificulta o reconhecimento das práticas integrativas por outros profissionais e usuários do SUS do Recife.

O SUS garante por meio de seus conselhos e conferências a participação social tanto na fiscalização, formulação e acompanhamento das políticas. O que encontramos foi uma falta de participação social na discussão das PIC em Recife, a inserção das práticas no Recife não se deu por uma demanda da sociedade, mas, sim, por vontade de alguns gestores sensíveis e praticantes de tratamentos de saúde não-convencionais ao serviço público municipal. Durante a formulação do projeto e implantação a discussão ficou a cabo de um grupo de experts em formulação de políticas e de práticas integrativas, houve dificuldade de se agregar profissionais, no momento inicial da política, devido à escassez dos mesmos nos serviços de saúde, com isso houve afastamento e falta de incorporação do discurso e enfraquecimento das práticas junto à sociedade e profissionais de saúde.

Reconhece-se que há uma nova janela de oportunidade para as práticas no Recife, porém este momento poderá ser melhor aproveitado se houver uma participação social durante o processo, discussão com profissionais, por meio de audiências públicas e uma definição clara de fontes de financiamento, normatização dos profissionais aptos a realizarem estas práticas no Recife e indicadores que possam monitorar, de forma precisa, os impactos que as PIC trazem à população.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA ESTADUAL DE PLANEJAMENTO E PESQUISA DE PERNAMBUCO. Contas Regionais: Produto Interno Bruto (PIB). Disponível em: <<http://www2.condepefidem.pe.gov.br/web/condepeFidem>>. Acesso em: 28 fev. 2010.

AGYEPONG, I. A.; ADJEL, S. Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. Health Policy and Planning, Oxford, v. 23, p. 150-160, 2008.

AICHER, C.; DIESEL, V. Políticas ambientais na Europa: leitura a partir da perspectiva do “advocacy coalition framework”. Revista extensão rural, Porto Alegre, v. 11, p. 5-28, 2004.

ALMEIDA, M. R.; REBELATO, D. A. N. O inventário dos modelos de avaliação para políticas públicas. Disponível em: <[http://www.upis.br/dinamicadenegocios/arquivos/2%20modelo\\_de\\_politica\\_pub\\_\\_\\_Mariana\\_Almeida.pdf](http://www.upis.br/dinamicadenegocios/arquivos/2%20modelo_de_politica_pub___Mariana_Almeida.pdf)>. Acesso em 10 fev. 2010.

ALMEIDA, R. M. V. R. A critical review of the possible benefits associates with homeopathic medicine. Revista do Hospital das Clínicas, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 324-331, 2003.

AMESTOY, F.; DANIEL, R.; LIMA, W. C. Entorses do joelho: eletroestimulação transcutânea dos pontos de acupuntura. Fisioterapia em Movimento, Paraná, v. 12, n. 2, p. 61-72, 1999.

ANDRADE J. A.; BUGNI V. M.; MACIEL JÚNIOR J. A. Acupuntura: prática e riscos. Ciência Hoje, São Paulo, v. 36, n. 215, p. 72 – 75, 2005.

ANDRADE M. N.; LIMA M. L. F. O "Projeto Vitória", a experiência da Universidade Federal de Pernambuco. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM 30., 1978, Belém. Anais. Belém: ABEn, 1978. p. 77-88.

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C. A. Health Sector Reform in Brazil, 1995-1998. An Health Policy Analysis of a Developing Health System. 2000. Theses (Phd– Public Health) – Nuffield Institute for Health, Leeds, United Kingdom, 2000.

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

ARRETCHE, M. Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n 51, p. 7-9, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA ANTROPOSÓFICA. Conheça esta medicina. Disponível em: <<http://www.medicinaantroposofica.com.br/>>. Acesso em: 10 out. 2009.

BARRETO, T. V. A reeleição de João Paulo (PT). Recife, 2004. Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br/geral/observanordeste/recife1.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2009.

BARROS, N. F.; NUNES, E. D. Complementary and Alternative Medicine in Brazil: one concept, different meanings. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n.10, p. 2023-2039, 2006.

BARROS, N. F. Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica. São Paulo: Annablume: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2000.

BAUMGARTNER, F. R.; JONES, B. D. Agendas and instability, in American politics. Chicago: University of Chicago, 1993.

BELLONI, I. et al. Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

BELLOTTO JÚNIOR, N.; MARTINS, L. C.; AKERMAN, M. Impacto dos resultados no tratamento por acupuntura: conhecimento, perfil do usuário e implicações para promoção da saúde. Arquivo Médico do ABC, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 83-86, 2005.

BODEKER, G.; KRONENBERG, F.; A Public Health Agenda for Complementary, Alternative and Traditional (indigenous) Medicine. American Journal of Public Health, Washington, v. 92, n. 10, p. 1582-1591, 2002.

BRASIL. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação. Resolução nº 5, de 3 de março de 1988. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Poder Executivo, Brasília, DF, p. 3997-3998, 11 mar. 1988. Seção 1.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Epidemiologia e Morbidade. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 2 fev 2009.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação Sobre Orçamento Público em Saúde. Disponível em: < <http://siops.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 5 Jan 2010.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação Ambulatorial. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/pa>>. Acesso em: 2 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo lança Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília, 2009 . Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=9969](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=9969) >. Acesso em: 10 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acesso à medicina não convencional cresce no SUS. Brasília, DF, 2010. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=124&CO\\_NOTICIA=11001](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11001)>. Acesso em: 12 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica. Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plantas de Interesse ao SUS. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30277&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30277&janela=1) > . Acesso em: 10 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/15\\_resumo\\_mnpc.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/15_resumo_mnpc.pdf) >. Acesso em: 12 mar. 2010.

BRASIL. Portaria n° 853, de 20 de novembro de 2006. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, p. 46-47, 2006.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Declaração de Alma-Ata: Alma Ata, URSS, 12 setembro de 1978. In: \_\_\_\_\_. Direito Sanitário e Saúde Pública.

Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 267-269. (Série E. Legislação, v. 1).

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Políticas de Saúde: Metodologia de Formulação. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental. Gastos públicos em saneamento básico: governo federal e fundos financiadores. Brasília, DF, 2009b.

BRASILEIRO, B. G. *et al.* Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no “Programa de Saúde da Família”, Governador Valadares, MG, Brasil. Revista Brasileira de ciências Farmacêuticas, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 629-636, 2008.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Social. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2009.

BRAZ, M. O governo Lula e o Projeto ético-político do Serviço Social. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 78, p. 48-68, 2004.

BRITO, R. L. Análise da política de descentralização das ações da vigilância sanitária no Brasil: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária. 2007. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

BRUGHA, R.; VARVASOVSKY, Z. Stakeholder analysis: a review. Health Policy and Planning, Oxford, v. 15, n. 3, p. 239-246, 2000.

BURKE, A. *et al.* Acupuncture Use in the United States: Findings from the National Health Interview Survey. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, Nova York, v. 12, n. 7, p. 639-648, 2006.

BUSE, K. Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective health policy analysis. Health Policy and Planning, Oxford, v. 23, n. 5, p. 351-360, 2008.

CAPELLA, A. C. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.). Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 87-122.

CAPRA, F. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 1998.

CARVALHO, G. S. et al. O modelo biomédico e a abordagem de promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7640/1/BM%20&%20HP%20comp-risco.pdf>>. Acesso em: 20 dez 2008.

CHALMERS A. F. O que é ciência afinal? São Paulo: Brasiliense, 1993.

COHEN, M.; MARCH, J.; OLSEN, J. A garbage can model of organizational choice. Administrative Science Quarterly, New York, v. 17, p. 1-25, 1972.

COLLINS, T. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. Public Health, Londres, v. 119, p. 192-196, 2005.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DA SAÚDE, 1978, Alma-Ata, URSS. Relatório.... Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1979.

COSTA, H. O. Democracia e participação na teoria pluralista. Revista Crono, Natal, v. 8, n. 1, p. 215-228, 2007.

CRUZ NETO, O. et al. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13., 2002, Ouro Preto. Anais... Ouro Preto: Abep, 2002.

CRUZ NETO, O. Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, C. S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 55-61.

CUNHA, C. G. S. Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil, 2010. Disponível em: <[www.scp.rs.gov.br/download.asp? ...Avaliacao\\_de\\_Politicas\\_Publicas\\_e\\_Programas\\_Governamentais.pdf](http://www.scp.rs.gov.br/download.asp?...Avaliacao_de_Politicas_Publicas_e_Programas_Governamentais.pdf)>. Acesso em 10 fev. 2010.

DERLIEN, H. U. Una Comparación Internacional en la Evaluación de las Políticas Públicas. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 52, n. 1, p. 105-123, 2001.

DUBEY, N. P. Integrated medicine – many approaches, one service. World Health Forum, Geneva, v. 18, n. 1, p. 56 – 58, 1997.

DZUNG, T. V.; NGHI, N. V.; NGUYEN, E. Arte e Prática da Acupuntura e da Moxibustão. São Paulo: Roca, 2004.

EDEN, C. The Stakeholder/Collaborator Strategy Workshop. In: HUXHAM, C. (Ed.). Creating collaborative advantage. London: Sage Publications, 1996. p. 44–56.

ELDIN, S.; DUNFORD, A. Fitoterapia na Atenção Primária. 1. ed. São Paulo: Manole, 2001.

ERNST, E.; WHITE, A. The BBC survey of complementary medicine in the UK. Complementary Therapies in Medicine, London, v. 8, p. 32 – 36, 2000.

FARIAS, C. A. P. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, 2003.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553 – 563, 2006.

FERNANDES, V. S. *et al.* Acupuntura cinética: tratamento sistemático do aparelho locomotor e neuromuscular da face por acupuntura associada à cinesioterapia. Fisioterapia Brasil, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 185-94, 2003.

FINK, M. *et al.* Acupuncture in the Treatment of Painful Dysfunction of the Temporomandibular Joint – a Review of the Literature. Forsch Komplementary medicine, Freiburg, v. 13, p. 109-115, 2006.

FISHER, F.; MILLER, G.; SIDNEY, M. S. Handbook of public policy analysis: theorie, politics and methods. New York: CRC Press, 2007.

FONTANELLA, F. *et al.* Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. Arquivo Catarinense de Medicina, Florianópolis, v. 36, n. 2, p. 69-74, 2007.

FRANÇA, D.; FERNANDES, V. S.; CORTEZ, C. M. Acupuntura cinética como efetivo potencializador dos elementos moduladores do movimento no tratamento de lesões desportivas. Fisioterapia Brasil. Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 111-118, 2004.

FRENK, J. Comprehensive policy analysis for health system reform. Health Policy. Amsterdam, v. 32, n. 1, p. 257-277, 1995.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas, Brasília, DF, n. 21, p. 211-259, 2000.

FRÓIS, K. P. Uma breve história do fim das certezas ou o paradoxo de Janus. Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas, Florianópolis, n. 63, p. 1-13, 2004.

FURTADO, J. P. Avaliação para o conhecimento e transformação. In: Bosi ML, Mercado F. Avaliação qualitativa em saúde, Rio de Janeiro: Vozes, 2006. p. 191-206.

GLASSMAN, A., et al. Political analysis of health reform in the Dominican Republic. Health Policy and Planning, Oxford, v. 14, n.2, p. 115-126, 1999.

GRUPO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS DE INOVAÇÃO (São Paulo). Metodologia de análise de políticas públicas. Campinas: GAPI, Unicamp, 2002. Disponível em: <<http://www.oei.es/salactsi/rdagnino1.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa *Versus* Pesquisa Quantitativa: esta é a Questão? Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006.

GURGEL, I. D. G. A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores. 2007. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

HAAS, P. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. International Organization, Cambridge, v. 46, n. 1, p. 1-35, 1992.

HAM, C.; HILL, M. The policy process in the Modern Capitalist State. 2. ed. Londres: Harvester Wheatsheaf, 1993.

HECLO, H. Policy Analysis. British Journal of Political Science, London, v. 2, n. 1, p. 83-108, 1972.

HEINTZ, H. T. Advocacy Coalitions and the OCS leasing debate: a case study in policy evolution. Policy Sciences, Amsterdam, v. 21, p. 213-238, 1988.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1359 – 1365, 2009.

HOGHOOD, B.; GUNN, L. Policy analysis for the real world. Oxford: Oxford University Press, 1984.

IBGE. Cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>, acesso em dez 2009.

IBGE. Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílio, 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1455&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1455&id_pagina=1)>. Acesso em: 5 jan. 2010.

KHAN, M. M.; VAN DEN HEUVEL, W. The impact of political context upon the health policy process in Pakistan. Public Health, Londres, v. 121, p. 278-286, 2006.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. Psicologia em revista, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p 124-136, 2004.

KINGDON, J. W. Agendas, alternatives and public policies. 2. ed. Nova York: Addison Wesley, 1995.

KINGDON, J. Agendas, alternatives, and public policies. 3. ed. Nova York, Harper Collins. (2003 [1984]).

KUNH, T. S. A estrutura das revoluções científicas. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 1994.

KVALE, S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, Sage, 1996.

LEMOS, S. F. Significado da Acupuntura para usuários de um serviço de atendimento em saúde. 2006. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2006.

LINDBLUM, C. E. O processo de decisão política. Brasília, DF: UNB, 1979.

LORENZETTI, B. T. A. et al. Eficácia da acupuntura no tratamento da lombalgia. Arquivo de Ciências da Saúde Unipar, Curitiba, v. 10, n. 3, p. 191-196, 2006.

LORENZI, H.; MATTOS, F. J. A. Plantas Medicinais do Brasil: Nativas e Exóticas. Nova Odessa: Instituto Plantarum, 2002.

LUKE, S. Power: A radical view. The original text with two major new chapters. Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2005.

LUZ, F. J. F. Plantas medicinais de uso popular em Boa Vista, Roraima, Brasil. Horticultura Brasileira, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 88-96, 2001.

LUZ, M. T. A Arte de Curar versus A Ciência das Doenças. História Social da Homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis Editorial, 1996.

LUZ, M. T. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 145-176, 2005.

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

LUZ, M. T. Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna. São Paulo: Hucitec, 2004.

LYRA, T. M. A política de saúde ambiental do Recife, 2001 e 2002: uma análise a partir do programa de saúde ambiental. 2009. Tese (Doutorado) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

MACIOCIA, G. A prática da medicina chinesa: tratamento de doenças com acupuntura e ervas chinesas. São Paulo: Roca, 1996.

MANN, F. Acupuntura: a arte de curar. São Paulo: Hemus, 1982.

MANNHEIMER, L. N.; LEHTO, J.; OSTLIN, P. Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden—open, half-open or half-shut? Health Promotion International. Londres, v. 22 n. 4, p. 307 – 315, 2007.

MANTEGA, G. Panorama da economia brasileira. Brasília, DF: Ministério da Fazenda. 2008. Disponível em: <<http://www.fazenda.gov.br/portugues/documentos/2008/marco/>>

p010408-CDES.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. A. Fundamentos de metodologia científica. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

MARTINS, E. R. et al. Plantas medicinais. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, 2000.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa da Universidade de São Paulo. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, 2004.

MATUS, C. Política Planejamento e Governo. 1. ed. Brasília, DF: IPEA, 1996.

MEDICI, A. Financiamento público e privado em saúde na América Latina e Caribe: uma breve análise dos anos noventa. Brasília, DF: Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2005.

MENADUE, J. Policy is easy, implementation is hard. Medical Journal of Australia, Sidney, v. 189, n. 7, p. 384-385, 2008.

MINAYO M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. S, et al. Pesquisa social. Teoria, método e criatividade. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. Conceito de Avaliação por triangulação de métodos .In: MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, Suely Ferreira; RAMOS, Ednilza, (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 29-51.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa avaliativa por triangulação de métodos. In: BOSI, M. L. M., MERCADO, F. J. (Org.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: Enfoque

emergente. Petrópolis: Vozes, 2006. p. 163-190.

MINOGUE, M. Theory and practice in public policy and administration. Policy and Politics, London, v. 11, p. 63-85, 1983.

MONTEIRO, D. A.; IRIART, J. A. B. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. Revista Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1903-1912, 2007.

MORIN, E. Os sete saberes para a educação do futuro. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

NAGAI, S. C. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciasesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2925](http://www.abrasco.org.br/cienciasesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2925)>. Acesso em: 20 mar. 2010.

NAKANO, Y. A.; YAMAMURA, Y. Acupuntura em Dermatologia e Medicina Estética: a pele sob o ponto de vista energético, espiritual, funcional e orgânico. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2005.

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE. (USA). Acupuncture. Disponível em: <<http://nccam.nih.gov/health/acupuncture/>>. Acesso em: 01 mar. 2010.

NAVARRETE, M. L. V. et al. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Barcelona: Universidad autónoma de Barcelona, 2006.

NIGENDA, G. et al. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. Salud Pública México, Cuernavaca, v. 43, n.1, p. 41-51, 2001.

OLIVEIRA, M. D.; MAGONE, J. M.; PEREIRA, J. A. Nondecision making and inertia in Portuguese health policy. Journal of Health Politics, Policy and Law, Duke, v. 30, n. 1-2, p. 211-230, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Geneva, 2005. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf)>. Acesso em: 26 abr. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guidelines for Researchs in acupuncture, Geneva, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Traditional Medicine. Disponível em <[http://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/en/](http://www.who.int/topics/traditional_medicine/en/)>. Acesso em: 10 jan. 2010.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo de saúde. Ciências e Saúde Coletiva, 2008. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2192](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2192)>. Acesso em: 01 fev 2009

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROQUAYROL, M. Z.; ALEMIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

PALMEIRA, G. Acupuntura no Ocidente. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 1990.

PIRES, R. M. E. O Termalismo tem lugar na Reumatologia dos dias atuais? Revista brasileira de reumatologia, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 161 – 162, 2006.

POLÊMICA sobre homeopatia no Reino Unido gera debate no BR. O DIA, Rio de Janeiro, 24 fev. 2010. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/ciencia/noticias/0,,OI4284258-EI238,00-Polemica+sobre+a+homeopatia+no+Reino+Unido+gera+debate+no+BR.html>>. Acesso em: 10 abr. 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Racismo, pobreza e violência. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/rdh/>>. Acesso em: 12 maio 2009.

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADÁ. Perspectives on Complementary and Alternative Health Care. 2004. Disponível em: <<http://www.phac-spc.gc.ca/publicat/pcahc-pacps/index-eng.php>>. Acesso em: 20 out. 2008.

QUINTELA, M. M. Saberes e práticas termais: uma perspectiva comparada em Portugal (Termas de S. Pedro do Sul) e no Brasil (Caldas da Imperatriz). História, Ciências, Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 11, p. 239-260, 2004.

RECIFE. Decreto 21.083, de 09 de maio de 2005. Diário Oficial, Recife, PE, 10 mai. 2005. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/diariooficial/exibemateria.php?cedicacodi=51&aedicaano=2005&ccadercodi=2&csecaocodi=2&cmatercodi=1&QP=&TP=>>>. Acesso

em: 12 jan. 2010.

RECIFE. Prefeitura Municipal. Boletim diário da secretaria de comunicação, 2004.  
Disponível em: <[http://www.recife.pe.gov.br/2004/09/16/mat\\_130136.php](http://www.recife.pe.gov.br/2004/09/16/mat_130136.php)>. Acesso em: 10 dez. 2008.

RECIFE. Secretaria de Planejamento. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) por Distrito Sanitário. In: \_\_\_\_\_ Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005.  
Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/pnud2006/>> acesso em 20 mar 2010.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA SAÚDE. Gastos Públicos com Saúde per capita. 1. ed. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=E.6.2&lang=pt&print=true>>. Acesso em: 14 mar. 2010.

REICH, M. R. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. Health Polity, Amsterdam, v. 32, p. 47-77, 1995.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

RODRIGUES-NETO, J. F, et al. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 233-239, 2008.

SABATIER, P. A. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. Policy Science, Dordrecht, n. 21, p. 129-168, 1988.

SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH H. C. Policy change and learning: an advocacy coalition approach. Boulder, CO: Westview Press, 1993.

SABATIER, P. A. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: a Critical Analysis and Suggested Synthesis. Journal of Public Policy, Cambridge, v. 6, p. 21-48, 1986.

SABATIER, P. A.; JENKINS-SMITH H. C. The advocacy coalition framework. An assessment. In: SABATIER, P. A. (Ed.). Theories of the policy process. Boulder: Westview Press, 1999. p. 117–166.

SALGADO, G. B. Políticas Públicas de Saúde: uma análise crítica. Juiz de Fora, 2010.  
Texto dirigido aos pós-graduandos em “Desenvolvimento Humano em Saúde e Educação”

da Universidade Federal de Juiz de Fora.

SALLES, S. A. C.; SCHRAIBER, L. B. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 195-202, 2009.

SANTOS B. S. Um discurso sobre as ciências. Lisboa, 1985. Disponível em: <<http://carla.cristiana.googlepages.com/DiscursoCiencias.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2009.

SANTOS, F. A. S. et al. A Acupuntura no Sistema Único de Saúde e a inserção de profissionais não-médicos. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 13, n. 4, p. 330-334, 2009a.

SANTOS, F. A. S.; GOUVEIA G. C. Acupuntura no SUS: uma análise da evolução das consultas médicas no período de 1999 a 2006. In: OLIVIA, M.; GURGEL, A. Democratizando o estudo científico em saúde: pesquisa sobre saúde pública. Recife: Bagaço, 2008. p. 61- 90.

SANTOS, M. O. S. et al. O polo médico do Recife. In: AUGUSTO, L. G. S. (Org.). Saúde do trabalhador e sustentabilidade do desenvolvimento humano local. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2009b. p. 219 - 245.

SILVA, J. B. S. Acupuntura em saúde pública – vantagens e limitações. HB científica, São José do Rio Preto, v. 8, n. 2, 2001a.

SILVA, S. F. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001b.

SIMONI, C. Práticas Integrativas e Complementares no SUS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 9., 2009, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: Abrasco, 2009.

SISTEMA PESQUISA DE EMPREGO E DESEMPREGO. Mercado de Trabalho na Região Metropolitana do Recife. Ano 12. 2009. Disponível em: <[http://www.mte.gov.br/observatorio/PED\\_RMR\\_anual\\_2009.pdf](http://www.mte.gov.br/observatorio/PED_RMR_anual_2009.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2010.

SOUSA, I. M. C. Medicina Alternativa nos Serviços Públicos de Saúde: a prática da massagem na área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro. 2004. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

SOUSA, I. M. C.; VIEIRA, A. L. S. Serviços públicos de saúde e medicina alternativa. Ciências e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, p. 255-266, 2005.

SOUZA, C. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 15-20, 2003.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE M.; MARQUES E. (Org.). Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 65-86.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, n. 16, p. 20-45, 2006.

SUN, K. O. et al. Acupuncture for frozen shoulder. Hong Kong Medical Journal, Hong Kong, v. 7, n. 4, p. 381-391, 2001.

SZE, F. K. H. Does acupuncture have additional value to standard poststroke motor Rehabilitation? Stroke, Ontario, v. 33, p. 186-194, 2002.

TEIXEIRA, M. Z. Possíveis contribuições do modelo homeopático à humanização da formação médica. Revista Brasileira de Educação Médica, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 465–474, 2009.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas par para a clínica na atenção básica. Interface, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 347-362, 2006.

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

THOMAS, S.; GILSON, L. Actor management in the development of health financing reform: health insurance in South Africa, 1994–1999. Health Policy and Planning, Oxford, v. 19, n. 5, p. 279–291, 2004.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TOMAZZONI, M. I. et al. Fitoterapia Popular: a Busca Instrumental enquanto prática terapêutica. Texto Contexto Enfermage, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 115-121, 2006.

TRIVIÑOS, A. M. S. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Revista de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

UKELES, J. B. Policy analysis: Myth or Reality? Public Administration Review, Washington, v. 37, n. 3, p. 223-228, 1977.

USUÁRIOS do SUS conhecem técnica chinesa de terapia alternativa. Jornal do Commercio, Recife, 20 jul. 2006. Caderno Cotidiano, p. 5.

VARVASOVSKY, Z.; BRUGHA, R. How to do (or not to do)... A stakeholder analysis. Health Policy and Planning, Oxford, v. 15, n. 3, p. 338-345, 2000.

VAS, J. et al. Acupuncture and rehabilitation of the painful shoulder: study protocol of an ongoing multicentre randomised controlled clinical trial. BMC Complementary and Alternative Medicine, Londres, n. 5, p. 19, 2005. Disponível em <<http://www.biomedcentral.com/1472-6882/5/19>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

VECTORE, C. Psicologia e Acupuntura: primeiras aproximações. Psicologia: ciência e profissão. Brasília, v. 25, n. 2, p. 266-285, 2005.

VIANA, A. L. Abordagens Metodológicas em políticas Públicas. Revista de Administração Pública, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 5-43, 1996.

VIANA, A. L.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA et al., (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 65-105.

VICKERS, A. J. et al. Acupuncture for chronic headache in primary care: large, pragmatic, randomised trial. British Medical Journal, Londres, v. 328, p. 744, 2004.

WALT, G. et al. 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. Health Policy and Planning, Oxford, v. 23, n. 5, p. 308-317, 2008.

WALT, G. Health Policy. An introduction to process and power. 8. ed. Londres: Zed Books, 1996.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy and Planning, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353-370, 1994.

WILDAVSKI, A. The art and the craft of policy analysis. London: Macmillan, 1980.

WILLICH, T. et al. Cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients with chronic neck pain. Pain, São Francisco, v. 125, n. 1-2, p. 107-113, 2006.

WITT, C. M. et al. Pragmatic Randomized Trial Evaluating the Clinical and Economic Effectiveness of Acupuncture for Chronic Low Back Pain. American Journal of Epidemiology, Oxford, v.164, n. 5, p. 487-496, 2007.

XIAOZHE, Z. Review A Clinical Survey of Acupuncture Slimming. Journal of Traditional Chinese Medicine. Beijing, v. 28, n. 2, p. 139-147, 2008.

XINNONG, C. Acupuntura e Moxibustão Chinesa. São Paulo: Roca, 1999.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e método. 3. ed. São Paulo: Bookman, 2005.

ZHOU, X. J.; ZHENG, K. Treatment of 140 cerebral palsied children with a combined method based on Traditional Chinese Medicine (TCM) and western medicine. Journal of Zhenjiang University, Zhenjiang, n. 6, v. 1, p. 57-60, 2005.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A - Roteiro das Entrevistas**

### **Roteiro das Entrevistas**

1. Em que momento você tomou conhecimento do PIC no Recife?
2. Para você, o que motivou o surgimento da PIC no Recife no ano de 2004?
3. Você poderia aprofundar esta questão em função dos fatores que favoreceram o surgimento da PIC?
  - Do ponto de vista técnico, o que motivou o surgimento de um programa nos moldes do PIC – Guilherme Abath?
4. Para você, a PNPIC no Recife se relaciona com esses princípios? Quais?
5. Você poderia analisar sua participação na PIC no Recife?
6. Você poderia me falar dos atores que participaram do PIC, e que você considere relevante?
7. Que aspectos, dificuldades ou facilidades, você gostaria de destacar a cerca do PIC?
8. Há algo que não foi perguntado que você poderia acrescentar?

## APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Grupo Focal

### Roteiro de Entrevista Grupo Focal

PROFISSIONAIS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Qual a resolubilidade da PIC que você desenvolve para saúde mental?</li> <li>2. Como você avalia sua prática na rede?</li> <li>3. Como o usuário chega até você?</li> <li>4. Quais as vantagens desta prática em relação ao cuidado convencional para a saúde mental ?</li> <li>5. Quais as condições que você tem para desenvolver esta prática/insumos/estrutura/educação?</li> </ol>
USUÁRIOS	<p>Perfil do usuário</p> <p>Idade</p> <p>Sexo</p> <p>Escolaridade</p> <p>Qual prática</p> <p>Ocupação</p> <p>Problema que levou ate as PIC</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como você chegou a usar esta prática?</li> <li>2. Qual foi o resultado dessa prática para o seu problema?</li> <li>3. O que você acha dessa prática no serviço de saúde?</li> <li>4. Quais as vantagens dessa prática em relação dos outros tratamentos que você fez?</li> <li>5. A prática mudou alguma coisa na sua vida ? Por quê?</li> </ol>

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**NOME DA PESQUISA:** “Práticas Integrativas e Complementares no Programa de Saúde da Família Voltados Para Atenção à Saúde Mental: estudos de casos no Nordeste, Sul e Sudeste”

**Instituições:** Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães-FIOCRUZ; Departamento de Saúde Pública-UFSC; Departamento de Medicinas Preventiva e Social-FCM-UNICAMP

Prezado(a) Senhor (a),

Estamos convidando-o (a) para participar de uma pesquisa sobre as práticas integrativas e complementares no Programa de Saúde da Família, voltadas para a Saúde Mental. Você foi selecionado(a), pois representa um dos USUÁRIO OU PROFISSIONAL destas práticas, e SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, ou ainda, com a Fiocruz /PE ou com o Serviço de Saúde Municipal de Recife.

A pesquisa tem como objetivo Avaliar o desenvolvimento e aplicação das práticas integrativas e complementares no Programa de Saúde da Família voltados para atenção à saúde mental. A sua colaboração é importante e se trata de aceitar ser entrevistado e falar sobre a sua experiência nos serviços de saúde com as práticas integrativas e complementares, e/ou participar de uma reunião onde serão debatidos temas importantes sobre essas práticas, além de responder a um formulário de entrevista. A sua participação não incidirá em nenhum risco ao seu tratamento.

Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre a efetividade das práticas integrativas e complementares nos serviços públicos, além da contribuição acadêmica.

A entrevista será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para o material poder ser analisado pela equipe da pesquisa bem como a reunião será filmada para posterior análise.

Ao participar o (a) senhor (a) estará contribuindo para melhorar a assistência à saúde no Brasil e tem garantido os seguintes direitos:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa;
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa;

**3. A segurança de que não será identificado em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação que seja prestada;**

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este papel em duas vias, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

**Em caso de dúvidas, o (a) senhor (a) poderá procurar o Comitê de Ética do CPqAM-FIOCRUZ-PE pessoalmente ou pelo telefone (81) 21012639. Endereço: Av. Profº Moraes Rego, S/N. Campus da UFPE. Recife/PE. Fone: 21012629.**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, tendo recebido as informações necessárias e  
ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura do sujeito da pesquisa:

\_\_\_\_\_