

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**VANESSA ALVES PINHAL**

**OLHARES SOBRE AS PRÁTICAS DE *STRATEGIZING* E DE *ORGANIZING* COM A  
INSERÇÃO DA MEDICINA INTEGRATIVA NA SAÚDE PÚBLICA**

**UBERLÂNDIA**

**2017**

VANESSA ALVES PINHAL

**OLHARES SOBRE AS PRÁTICAS DE *STRATEGIZING* E DE *ORGANIZING* COM A  
INSERÇÃO DA MEDICINA INTEGRATIVA NA SAÚDE PÚBLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia, como exigência para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Jacqueline Florindo Borges

UBERLÂNDIA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

- P654  
2017      Pinhal, Vanessa Alves, 1988-  
            Olhares sobre as práticas de strategizing e de organizing com a  
            inserção da medicina integrativa na saúde pública / Vanessa Alves  
            Pinhal. - 2017.  
            173 f. : il.
- Orientadora: Jacqueline Florindo Borges.  
            Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
            Programa de Pós-Graduação em Administração.  
            Inclui bibliografia.
1. Administração - Teses. 2. Saúde pública - Administração -  
            Uberlândia (MG) - Teses. 3. Saúde pública - Aspectos sociais -  
            Uberlândia (MG) - Teses. 4. Saúde – Planejamento - Uberlândia (MG) -  
            Teses. 5. Política de saúde - Uberlândia (MG) - Teses. I. Borges,  
            Jacqueline Florindo, 1963-. II. Universidade Federal de Uberlândia.  
            Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

---

CDU: 658

VANESSA ALVES PINHAL

OLHARES SOBRE AS PRÁTICAS DE *STRATEGIZING* E DE *ORGANIZING* COM A  
INSERÇÃO DA MEDICINA INTEGRATIVA NA SAÚDE PÚBLICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia, como exigência para obtenção do título de Mestre em Administração.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jacqueline Florindo Borges – Orientadora  
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Darlene Mara dos Santos Tavares  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

---

Prof. Dr. Alessandro Gomes Enoque  
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

---

Prof. Dr. Eduardo Loebel  
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)



Aos meus pais Elaine (*in memoriam*) e Hércules.

À minha tia Aparecida (*in memoriam*).

## AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, agradeço a Deus por todas as oportunidades já concedidas e pelo privilégio de ter conseguido concluir mais essa etapa.

Aos meus pais, Elaine (*in memoriam*) e Hércules, por me proporcionarem todas as condições necessárias para que eu me tornasse a pessoa que sou hoje, pelo amor incondicional e pelo exemplo de honestidade e persistência.

Ao meu irmão, Vinícius, por me ouvir e me apoiar sempre.

À minha orientadora Professora Jacqueline Florindo Borges, pela disponibilidade, compreensão, dedicação, paciência, e principalmente, por todo o conhecimento compartilhado.

Aos professores Alessandro Gomes Enoque e Eduardo Loebel pela participação em minha banca de qualificação e por todas as considerações e contribuições para o presente trabalho.

A todos os professores do PPGA FAGEN pela dedicação e inspiração, em especial a Professora Verônica Angélica Freitas de Paula, que foi minha orientadora na graduação e tem me incentivado a busca dessa conquista desde então.

Aos colegas de mestrado, em especial à Ana, Ananda, Fabiane, Francielih, Maria Paula e Renata, pela parceria em artigos, apoio e todos os momentos compartilhados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo suporte financeiro, auxiliando na concretização desta pesquisa.

Aos funcionários e usuários das Unidades de Saúde estudadas, em especial à Silvia e ao Abrahão, por me receberem e se mostrarem totalmente disponíveis para o que fosse necessário à pesquisa.

A todas as outras pessoas que fazem parte da minha vida e que me ajudaram a concluir este trabalho, seja por meio de sugestões ou simplesmente por me ouvir pacientemente.

## RESUMO

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada em 2006, proporcionou aos usuários do Sistema Único de Saúde o acesso a novas práticas médicas como acupuntura e homeopatia, antes não oferecidas na saúde pública. Os gestores das unidades de saúde precisam lidar com essas mudanças decorrentes da inserção dessas novas práticas. O objetivo deste trabalho é analisar a configuração das práticas de *strategizing* e de *organizing* com a inserção da MI no sistema público de saúde de Uberlândia. A abordagem teórica da pesquisa está baseada nos estudos da estratégia como prática e em estudos sobre a saúde pública e a MI. A partir de pressupostos interpretativistas e de uma abordagem qualitativa, foi conduzida a coleta dos dados em três unidades de saúde de Uberlândia, com a utilização da pesquisa documental, da observação não participante e de entrevistas semiestruturadas com coordenadores, profissionais da saúde e usuários dessas unidades selecionadas. Ademais, foram entrevistados um representante do Conselho Regional de Medicina, uma representante do Conselho Municipal de Saúde e uma representante da Comissão Consultiva das PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde). Após a coleta, os dados foram tratados e analisados conforme preceitos da análise de conteúdo. Os resultados da pesquisa mostram uma relação desequilibrada e também interdependente entre *strategizing* e *organizing*. A relação desequilibrada pode ter origem no fato das unidades de saúde seguirem estratégias estabelecidas sem que sejam consideradas suas práticas de *organizing*, o que pode dificultar ou impossibilitar o alcance das diretrizes estratégicas amplamente definidas pelo Ministério da Saúde. Já as práticas interdependentes apontam para um alinhamento entre as práticas de *organizing* e *strategizing* e os objetivos propostos. A PNPIC é uma política relativamente nova e que envolve uma ruptura com valores e hábitos presentes nas relações e no cotidiano dos profissionais atuantes nas organizações analisadas, assim como de outros atores estratégicos que influenciam sua inserção nesse contexto. Por isso, as unidades de saúde analisadas ainda carecem de um planejamento quanto às PICS: informar, capacitar e estimular seus profissionais. Quanto aos usuários, apesar dos resultados positivos, notou-se uma carência nos meios de comunicação para esclarecer e divulgar essas práticas. Os resultados mostram a necessidade de pensar as especificidades de cada unidade do sistema de saúde, nas decisões de inserção de novas práticas de atendimento; mostram que as práticas de *organizing* e *strategizing* podem ser configuradas a partir de mais de um modo de associação, trazendo à tona os avanços e as lacunas na inserção das práticas de MI em políticas do SUS. Os olhares sobre os modos de configuração das práticas de *strategizing* e *organizing* mostram os praticantes fazendo uso de regras e recursos de modo apropriado ou conforme as regras e recursos disponíveis, mas também mostram os praticantes criando alternativas e transformando as regras e desenvolvendo novos recursos.

**Palavras-chave:** Contextos pluralísticos. Estratégia como Prática Social. Medicina Integrativa. *Organizing*. *Strategizing*.

## ABSTRACT

The National Policy on Integrative and Complementary Practices (PNPIC), approved in 2006, provides SUS users with access to practices like acupuncture and homeopathy, not offered by health care system before. Health managers need to deal with these changes originated from these new practices. The objective of this research is to analyze the configuration of the practices of strategizing and organizing with the insertion of IM in public health units of Uberlândia. The theoretical approach to this research is based on studies of strategy as practice and studies on public health and IM. Based on interpretative assumptions and a qualitative approach, the data were collected in three health units of Uberlândia, using documental research, non-participant observation and semi-structured interviews with coordinators, health professionals and users of the selected units. In addition, a member of the Regional Medical Council, a member of the Municipal Health Council and a member of the Consultative Committee of integrative practices were interviewed. After the data collection, the data were processed and analyzed according to the precepts of the content analysis. The results of the research pointed to the identification of an unbalanced and also interdependent relationship between strategizing and organizing. The unbalanced relationship may originate from the fact that health units follow general established strategies without considering their organizing practices, which may hinder or make it impossible to reach the strategic guidelines broadly defined by the Ministry of Health. Interdependent practices point to an alignment between organizing and strategizing and the established goals. The PNPIC is a relatively new policy and involves a break with many values and habits in the relationships and daily life of the professionals working in the analyzed organizations, as well as other strategic actors that may influence their insertion in this context. Therefore, it was noticed that the analyzed health units still lack planning with regard to PICS: to inform, to train and encourage their professionals. Regarding users, despite the positive results, it was noted a lack in the communication in order to clarify and disseminate these practices to the population. The results demonstrate the need of thinking about the specificities of each health unit, regarding the decisions of the insertion of new care practices; also demonstrate that organizing and strategizing practices can be configured from more than one mode of association, bringing up the advances and the gaps in the insertion of IM practices into SUS. The looks at the configuration modes of strategizing and organizing practices show that practitioners are using rules and resources according those available rules and resources, but also show practitioners creating alternatives and transforming rules and developing new resources.

**Keywords:** Pluralistic Contexts. Strategy as Social Practice. Integrative Medicine. Strategizing. Organizing.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes da prática estratégica .....	31
Figura 2 – <i>Strategizing</i> : interações entre práxis, práticas e praticantes .....	36
Figura 3 – Modelo integrativo entre diferentes níveis de análise.....	37
Figura 4 – A pluralidade na perspectiva da estratégia como prática .....	40
Figura 5 – Implicações dos modos de associação entre <i>strategizing</i> e <i>organizing</i> .....	43
Figura 6 – Estrutura organizacional do SUS .....	56
Figura 7 – Mapa com o número de estabelecimentos de saúde e localização das unidades que oferecem as PICS .....	78
Figura 8 – Desenho de pesquisa .....	81
Figura 9 – Processo inicial da inserção das PICS.....	97
Figura 10 – Fatores de influência no contexto de inserção das PICS na saúde pública .....	126
Figura 11 – Contexto pluralístico e práticas de <i>organizing</i> e <i>strategizing</i> na inserção das PICS.....	130

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 – Evolução nos atendimentos da Unidade Malva em 2016.....	108
---	-----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conceitos de estratégia .....	25
Quadro 2 – Cinco perspectivas da prática no campo da estratégia como prática.....	33
Quadro 3 – Gerenciando modos de associação entre <i>strategizing</i> e <i>organizing</i> .....	45
Quadro 4 – Conceitos centrais para a definição das categorias de pesquisa .....	46
Quadro 5 – Comparativo da assistência à saúde antes e depois do SUS.....	58
Quadro 6 – Breve histórico da implantação da PNPIC no Brasil.....	64
Quadro 7 – Descrição das PICS .....	66
Quadro 8 – Estratégias relativas às PICS conforme PMPICS.....	67
Quadro 9 – Desafios a serem superados pela MI .....	72
Quadro 10 – Terapias oferecidas em Uberlândia .....	79
Quadro 11 – Categorias da pesquisa .....	82
Quadro 12 – Atividades da observação não participante .....	85
Quadro 13 – Características e quantidade de profissionais entrevistados .....	87
Quadro 14 – Ações programadas e realizadas das PICS em Uberlândia em 2016/1 .....	98
Quadro 15 – Características das unidades analisadas.....	100
Quadro 16 – Desafios e dificuldades a serem superados pelas PICS em Uberlândia .....	116
Quadro 17 – Associações entre as práticas de <i>strategizing</i> e <i>organizing</i> .....	128

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Relação de usuários entrevistados e atendidos em Uberlândia .....	88
--	----



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>CRM</b>	Conselho Regional de Medicina
<b>CRPICS</b>	Centro de Referência de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
<b>ECP</b>	Estratégia como Prática
<b>MI</b>	Medicina Integrativa
<b>NCCAM</b>	<i>National Center for Complementary and Alternative Medicine</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PICS</b>	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
<b>PMPICS</b>	Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
<b>PNPIC</b>	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UAI</b>	Unidade de Atendimento Integrado
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UBSF</b>	Unidade Básica de Saúde da Família
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1 Tema e problema de pesquisa .....	15
1.2 Objetivos geral e específicos.....	18
1.3 Justificativas.....	19
1.4 Estrutura da dissertação.....	20
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
2.1 Estratégia como uma prática social.....	22
2.1.1 Antecedentes da estratégia como prática .....	22
2.1.2 A estratégia como prática: virada prática e o conceito de prática .....	25
2.1.3 Uma visão relacional micro e macro: práxis, práticas e praticantes e outros conceitos da estratégia como prática .....	34
2.1.4 <i>Strategizing</i> e <i>organizing</i> em contextos pluralísticos .....	40
2.1.5 Estudos empíricos no campo da ECP, com ênfase na mudança ou criação de novas práticas.....	47
2.2 Saúde pública no Brasil e as políticas de implantação da Medicina Integrativa .....	49
2.2.1 Contexto da saúde pública .....	50
2.2.2 O Sistema Único de Saúde no Brasil .....	55
2.2.3 A Medicina Integrativa e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde.....	60
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>73</b>
3.1 Pressupostos ontológicos e epistemológicos da pesquisa .....	73
3.2 Descrição da abordagem dos dados e do método de procedimento.....	76
3.3 Definição do público da pesquisa .....	77
3.4 Desenho da pesquisa .....	80
3.5 Descrição das técnicas de coleta de dados .....	84
3.6 Procedimentos para a análise dos dados .....	89
<b>4 CONFIGURAÇÕES DAS PRÁTICAS DE <i>STRATEGIZING</i> E <i>ORGANIZING</i> COM A INSERÇÃO DAS PICS NA SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>91</b>
4.1 Aproximação e impressões do campo: o contexto de inserção das PICS e as unidades estudadas .....	91
4.1.1 A estruturação e o campo das práticas integrativas: uma breve história .....	91
4.1.2 Descrição das unidades analisadas .....	99

4.2 As práticas de <i>organizing</i> .....	101
4.3 As práticas de <i>strategizing</i> .....	110
4.4 Práticas integrativas, saúde pública e a pluralidade do contexto de atuação .....	118
4.5 Modos de associação entre <i>strategizing</i> e <i>organizing</i> com a inserção das PICS no SUS .....	126
<b>5 CONCLUSÕES.....</b>	<b>132</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>136</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>147</b>
Anexo A – Ficha de Encaminhamento para as PICS .....	147
Anexo B – Gráfico de Atendimento CRPICS – Março a Novembro de 2016.....	148
Anexo C – Parecer Comitê de Ética .....	149
Anexo D – Autorização da Prefeitura Municipal de Uberlândia .....	156
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>157</b>
Apêndice A – Roteiro de entrevista para os gestores das unidades de saúde .....	157
Apêndice B – Roteiro de entrevista para os profissionais de saúde das unidades de saúde.....	159
Apêndice C – Roteiro de entrevista para usuários das unidades de saúde.....	161
Apêndice D – Roteiro de entrevista para membros de Conselhos e Comissões.....	162
Apêndice E – Roteiro de observação de campo .....	164
Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	165
Apêndice G – Termo de compromisso da equipe executora.....	167
Apêndice H – Solicitação da pesquisadora à Secretaria de Saúde Municipal .....	168
Apêndice I – Fundamentação teórica dos roteiros de entrevista.....	170
Apêndice J – Cronograma e Orçamento da pesquisa.....	173

## **1 INTRODUÇÃO**

O Brasil tem passado por diversas transformações de natureza política, econômica, social e demográfica, principalmente a partir da década de 1970. Dentre essas mudanças, podem ser citados o aumento do nível de escolaridade e a melhoria nas condições de saneamento básico e da qualidade de vida da população em geral. Todavia, a sociedade brasileira ainda enfrenta desigualdades sociais com graves impactos no campo da educação, da infraestrutura e da saúde. Especificamente na saúde pública, uma variedade de políticas e programas é demandada devido à complexidade das ações neste campo: extensão territorial do Brasil, desigualdades sociais que geram doenças típicas de países em desenvolvimento, epidemias provocadas pela mobilidade das pessoas entre países e, mais recentemente, uma transição demográfica devido ao envelhecimento da população (PAIM et al., 2011). Em um país de proporções continentais, tanto ações para suprir tais necessidades, quanto para gerir as organizações de saúde e capacitar pessoal para atendê-las, tornam-se mais complexas (FILKELMAN, 2002).

Esta pesquisa se insere neste contexto e está vinculada à linha de pesquisa de Organização e Mudança do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Uberlândia. Para o seu desenvolvimento, buscou-se o diálogo entre estudos no campo da estratégia organizacional e estudos no campo da saúde pública.

### **1.1 Tema e problema de pesquisa**

De maneira geral, até o século XX, a assistência à saúde era composta de conhecimentos bastante limitados. As informações eram obtidas por meio de observações, as quais eram utilizadas para evitar as doenças, fazendo da cura um resultado eventual (VECINA NETO, 2016).

No Brasil, a história da saúde pública foi marcada pelos conceitos de filantropia e caridade. A população era atendida basicamente por médicos ou instituições filantrópicas, enquanto o Estado desempenhava papel limitado, realizando intervenções apenas em situações de epidemias ou em casos de doenças graves (CARVALHO, 2013; FILKELMAN, 2002). Esse cenário mudou no início do século XX, quando o governo brasileiro começou a tratar a saúde como prioridade, ainda que de forma concentrada em determinadas regiões como, por exemplo, Rio de Janeiro e São Paulo (FILKELMAN, 2002).

Essa mudança só foi possível devido à participação de universidades, à atuação de representantes de partidos políticos e, principalmente, da sociedade, por meio de movimentos populares e discussões que culminaram em uma reforma sanitária na década de 1970 (CARVALHO, 2013; POLIGNANO, 2001). Ainda nesse período, o campo da saúde não contava com protagonismo do Estado ou de organizações internacionais (PAIM et al., 2011), como a Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa situação mudou na década de 1990, período em que ocorreu a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, passando a oferecer diversos tratamentos à população (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A pressão social e a inadequação do sistema de saúde da época levaram os responsáveis a proporem essa mudança constitucional. Os problemas na saúde pública do país, antes dessa transformação, eram variados: desintegração das unidades de saúde, excessiva centralização nas tomadas de decisão, recursos financeiros insuficientes, baixa cobertura de assistência à população, baixa qualidade dos serviços ofertados e falta de mecanismos de controle e avaliação dos serviços oferecidos (BRASIL, 1990a).

Nos anos 2000, além dos anseios da sociedade por um sistema de saúde que contemplasse toda a população brasileira de maneira igualitária, intensificou também o desejo e a busca por práticas alternativas no atendimento à saúde, pois as pessoas começaram a valorizar os tratamentos menos invasivos, dentre eles as plantas medicinais e a meditação (ANDRADE; COSTA, 2010; RAKEL, 2012). Em 2006, com o apoio da OMS, foi implantada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que proporciona aos usuários do SUS o acesso a práticas da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura; Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Crenoterapia; e Medicina Antroposófica. Essa política visa atender, sobretudo, a necessidade de se conhecer, incorporar e apoiar experiências relativas às práticas integrativas, as quais já vinham sido oferecidas na rede pública de muitos municípios e estados (BRASIL, 2009).

Todas essas práticas constantes na PNPIC são incorporadas pela abordagem da Medicina Integrativa (MI). A MI tem como foco a cura e não a doença, centralizando a relação existente entre médico e paciente. Ela prioriza os métodos menos invasivos, menos tóxicos e com menores custos visando auxiliar a saúde ao integrar terapias alopáticas e complementares. Os tratamentos oferecidos pela MI são baseados em um entendimento do indivíduo como um todo, considerando aspectos de ordem emocional e psicológica (RAKEL, 2012).

A normatização dessas práticas da MI em organizações de saúde pública é, portanto, recente. Neste contexto, é central o papel das unidades de saúde municipais, que precisam incorporar estratégias de adoção dessas novas práticas no atendimento à população. Considerando esse cenário vivenciado pelas unidades de saúde e também pelos gestores que atuam na saúde pública, emerge a possibilidade de se pesquisar a estratégia vista como uma prática social, ou seja, aquela que valoriza as ações e os papéis dos estrategistas, assim como as inter-relações entre as práticas que ocorrem nos micros e macrocontextos (WHITTINGTON, 2004). No nível da macroanálise estão as instituições sociais, econômicas e políticas enquanto no nível micro, estão os discursos, as práticas e os gestos daqueles que fazem parte das atividades ligadas à estratégia (WILSON; JARZABKOWSKI, 2004). Nesta pesquisa adotou-se o conceito de contexto pluralístico para analisar o macrocontexto e as práticas de *organizing* e *strategizing* para o estudo das práticas internas das organizações, conforme Jarzabkowski e Fenton (2006).

Devido à vasta literatura sobre o assunto, a estratégia organizacional se transformou em um conceito polêmico que comporta várias definições oriundas de diversas perspectivas de análise (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2000). A literatura nesse campo a define como um conceito multifacetado, que possui diversas dimensões envolvendo, por exemplo, mudança estratégica e processo estratégico, concepção e implementação, deliberação e emergência (FONSECA; MACHADO-DA-SILVA, 2002; MELLAHI; SMINIA, 2009; MINTZBERG; WATERS, 1985; PETTIGREW; THOMAS; WHITTINGTON, 2002).

No final dos anos 1990, surge uma nova abordagem no campo dos estudos da estratégia chamada estratégia como prática ou *strategy-as-practice*. Em uma publicação, Whittington (1996) propôs a existência de quatro perspectivas da estratégia e tornou-se um expoente da quarta perspectiva:

- a) abordagem do planejamento: ênfase nas ferramentas e técnicas para auxiliar os gestores a tomar decisões sobre o direcionamento dos negócios;
- b) abordagem da política: ênfase nas ações de diversificação estratégica, inovação, aquisições e internacionalização;
- c) abordagem do processo: ênfase em como os gestores reconhecem a necessidade da mudança estratégica e a realiza; e

- d) abordagem da prática: se baseia em muitas ideias da abordagem do processo, porém retorna ao nível gerencial, buscando compreender como os estrategistas “fazem estratégia”.

Esta dissertação foi desenvolvida com base na abordagem da Estratégia como Prática (ECP), que entende a estratégia como uma atividade situada, socialmente construída por meio de ações e interações que ocorrem entre os inúmeros atores envolvidos com a organização em questão (JARZABKOWSKI, 2005). Visto que essa abordagem possibilita o estudo e a compreensão das estratégias adotadas por gestores em organizações de saúde pública relativas à PNPIC, no que concerne à inserção das práticas integrativas; e ainda, a análise dos papéis dos gestores das unidades de saúde pública na inserção dessas práticas locais.

Considerando as possibilidades de pesquisa no campo da ECP e a crescente visibilidade e aceitação da MI, este trabalho parte do seguinte problema de pesquisa: **como se configuram as práticas de *strategizing* e de *organizing* com a inserção da MI no sistema público de saúde de Uberlândia, a partir da perspectiva da estratégia como prática social?**

## 1.2 Objetivos geral e específicos

O objetivo geral da pesquisa é analisar a configuração das práticas de *strategizing* e de *organizing* com inserção da MI no sistema público de saúde de Uberlândia. As práticas integrativas e complementares em saúde estão previstas na PNPIC para serem adotadas por organizações de saúde pública e serem oferecidas aos usuários do SUS. Elas representam um conjunto de práticas da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Crenoterapia e Medicina Antroposófica (BRASIL, 2009). Os objetivos específicos desta pesquisa são:

- a) caracterizar as práticas de *strategizing* em um contexto pluralístico de inserção da MI no sistema público de saúde, do ponto de vista dos atores estratégicos (praticantes): governo federal, governo municipal, profissionais atuantes na MI, coordenadores de unidades de saúde, usuários, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Regional de Medicina;
- b) caracterizar as práticas de *organizing* em um contexto pluralístico de inserção da MI no sistema público de saúde, do ponto de vista dos atores estratégicos (praticantes):

governo federal, governo municipal, profissionais atuantes na MI, coordenadores de unidades de saúde, usuários, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Regional de Medicina;

- c) analisar o modo de associação/configuração entre *strategizing* e *organizing* na inserção das práticas de MI no sistema público de saúde de Uberlândia.

### 1.3 Justificativas

O presente estudo se justifica, em termos teóricos, pela contribuição oferecida pela literatura da estratégia como prática social para o estudo de problemas no campo da saúde pública, por ser uma literatura relativamente recente, com a maioria dos estudos publicados a partir da década de 2000 (MAIA; SERIO; ALVES FILHO, 2015; OKAYAMA; GAGG; OLIVEIRA JUNIOR; 2014). Além disso, devido às análises serem realizadas tanto no contexto pluralístico da saúde pública, quanto sobre as práticas de *organizing* e *strategizing* das unidades selecionadas (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006), esta pesquisa visa contribuir com a tentativa de articular/integrar os níveis de análise micro e macro, uma vez reconhecida a incompletude dos estudos na área da estratégia, que focam em demasia ora em atividades no nível intraorganizacional, ora nas atividades estratégicas extraorganizacional (WILSON; JARZABKOWSKI, 2004; WHITTIGTON, 2006; SEDL; WHITTIGTON, 2014).

As concepções organizacionais sobre o tema estratégia abrangem um amplo terreno intelectual (WILSON; JARZABKOWSKI, 2004). A ideia da gestão como prática social é uma perspectiva de análise mais abrangente, que permite visualizar as organizações como resultantes de conjuntos de práticas vivenciadas por seus sujeitos (SILVA; CARRIERI; JUNQUILHO, 2011). Essas práticas mudam, se renovam e são extintas no cotidiano das organizações. Na perspectiva da ECP, a prática não é um atributo das organizações somente, mas também uma realidade do cotidiano das pessoas, consolidando-se, assim, como uma prática social (CANHADA; RESE, 2009). Ou seja, o foco está em como os sujeitos agem e interagem no processo de fazer estratégia, visto que a estratégia, assim entendida, implica que não se segue necessariamente planos definidos *a priori* (SILVA, CARRIERI; JUNQUILHO, 2011; WHITTIGTON, 1996).

No que se refere à contribuição prática, o estudo busca trazer uma melhor compreensão por parte dos gestores públicos de como as estratégias relativas às terapias da MI são inseridas pelas unidades de saúde estudadas, já que a aceitação dessas práticas se mostra crescente entre os profissionais atuantes na área (NAGAI; QUEIROZ, 2011;



ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012; MACHADO; CZERMAINSKI; LOPES, 2012). A caracterização do processo de inserção dessas terapias, as condições e os desafios, e ainda, os processos e comportamentos identificados internamente nas organizações estudadas, podem trazer benefícios nas ações relacionadas à gestão e ao funcionamento das unidades de saúde, no que diz respeito à oferta desses serviços. E, também pode ser útil para a implantação em outras cidades.

Sob o ponto de vista social, a divulgação desta pesquisa pode somar-se aos esforços que buscam dar maior visibilidade às práticas relacionadas à MI (LOCH-NECKEL; CARMIGNAN; CREPALDI, 2010; FONTANELLA et al., 2007; LIMA; SILVA; TESSER, 2013; PEREIRA; VILLELA, 2008). A pesquisa também poderá auxiliar o acesso ao conhecimento sobre os tratamentos disponíveis de MI e seus benefícios; os desafios do processo de inserção em organizações de saúde pública; as alternativas de melhorias no atendimento aos usuários; e o papel desempenhado pelos gestores e profissionais de saúde.

#### **1.4 Estrutura da dissertação**

A presente dissertação encontra-se organizada em cinco capítulos para melhor apresentação e entendimento do conteúdo trabalhado.

O primeiro capítulo refere-se à introdução e conta com a apresentação de uma contextualização do tema de estudo, a formulação do problema de pesquisa, os objetivos propostos, geral e específicos, e ainda as justificativas do estudo.

No segundo capítulo, são apresentados os aspectos teóricos acerca do tema proposto. Na primeira seção, aborda-se a perspectiva da ECP, considerando os antecedentes dessa abordagem, a virada prática e o conceito de prática, a visão relacional entre micro e macro, os conceitos de práticas e praticantes, os conceitos de *organizing* e *strategizing* em contextos pluralísticos, e estudos empíricos no campo da ECP com foco na mudança ou criação de novas práticas. A segunda seção trata dos conceitos referentes à saúde pública no Brasil e à MI. Nesta seção, descreve-se os aspectos do contexto da saúde pública, assim como do SUS. Ainda, nesta seção, apresenta-se os conceitos relativos à MI, às práticas integrativas e complementares em saúde, e alguns estudos empíricos sobre essas terapias no SUS.

O terceiro capítulo aborda os procedimentos metodológicos adotados para que fosse possível atingir os objetivos propostos nesta pesquisa. Inicialmente, apresenta-se os pressupostos ontológicos e epistemológicos da pesquisa. As seções seguintes tratam, respectivamente: da descrição da abordagem dos dados e do método de procedimento, da

definição do público da pesquisa, do desenho da pesquisa, da descrição das técnicas de coleta de dados. Uma seção com a descrição dos procedimentos de análise dos dados encerra esse capítulo.

No quarto capítulo, são apresentados e analisados os resultados da pesquisa sobre as configurações das práticas de *organizing* e *strategizing* com a inserção das PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde) na saúde pública em Uberlândia. Esse capítulo foi organizado em cinco seções: uma breve história do campo e da estruturação das práticas integrativas na cidade de Uberlândia, incluindo a descrição das unidades analisadas; as práticas de *organizing*; as práticas de *strategizing*; as práticas integrativas, a saúde pública e a pluralidade desse contexto; e os modos de associação entre *organizing* e *strategizing* com a inserção das PICS no SUS em Uberlândia.

O quinto capítulo apresenta as conclusões do estudo, baseadas nos resultados apurados. Além disso, são apresentadas as possibilidades para estudos futuros na área pesquisada, buscando contribuir para a ampliação dos estudos na mesma; e ainda, as limitações da presente pesquisa.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo, apresenta-se o arcabouço teórico que sustentará a presente pesquisa, de acordo com a revisão da literatura em dois campos: a estratégia vista como uma prática social e a MI na saúde pública. A primeira seção traz os conceitos relativos à ECP, com uma breve apresentação de seus antecedentes, da virada prática e dos conceitos centrais de prática e praticantes; uma visão relacional entre micro e macro e suas implicações para práticas e praticantes; os conceitos de *strategizing* e *organizing* em contextos pluralísticos; e, por fim, alguns estudos empíricos que enfatizam as particularidades da inserção de novas práticas sociais. Na segunda seção do capítulo, são apresentados os conceitos relacionados à saúde pública brasileira e seu contexto, também são apresentadas as práticas de MI e aspectos normativos presentes na PNPIC e no SUS.

### 2.1 Estratégia como uma prática social

Inicialmente, serão abordados os antecedentes, a virada prática e ainda o conceito de prática na perspectiva da ECP. A seguir, será apresentada uma visão relacional micro/macro, juntamente com outros conceitos da ECP, como a práxis, as práticas e os praticantes; o *strategizing* e *organizing*; e finalmente, alguns estudos empíricos realizados com a utilização da ECP.

#### 2.1.1 Antecedentes da estratégia como prática

O desenvolvimento da estratégia e do pensamento estratégico remete a decisões de ordem política e militar da história antiga, situações nas quais as pessoas planejavam estratégias para obter sucesso em batalhas ou guerras, porém o conceito de gerenciamento estratégico só emergiu por volta da década de 1960 (GHOBADIAN; O'REGAN, 2008). As pesquisas sobre estratégia organizacional têm sido em grande parte, baseadas em estudos no campo da economia e, como consequência, a investigação tem predominado no nível “macro” das empresas e dos mercados, reduzindo a estratégia para variáveis causalmente relacionadas com poucas evidências de ação humana (JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007).

Na década de 1960, os estudos tinham as firmas como foco principal (CHANDLER, 1962) e o processo de planejamento estratégico (ANSOFF, 1965). Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000), analisam que, em meados da década de 1970, os pesquisadores começaram a

investigar a relação entre o ambiente de atuação e as firmas, com ênfase na análise da indústria. Na década de 1980, os estudos de estratégia passaram a incorporar, além da indústria, o desempenho estratégico das firmas. Nesse período, os conceitos e os instrumentos de análise estratégica da indústria propostos por Michael E. Porter (1986), fundamentados em conceitos da Economia Industrial e na ideia de vantagem competitiva sustentável, se disseminaram no ensino de estratégia e na prática empresarial (HOSKISSON et al., 1999).

A partir da década de 1990, os estudos de estratégia passaram a considerar as capacidades das empresas e as suas competências essenciais, o que se tornou foco na análise (PRAHALAD; HAMEL, 1990). Com ênfase nos aspectos internos das organizações, Jay Barney (1991) introduz a abordagem da Visão Baseada em Recursos, em que as organizações são vistas como um conjunto de recursos produtivos como, por exemplo, capacidades, processos organizacionais, informação e conhecimento, que podem ser identificados como base para gerar vantagem competitiva (HOSKISSON et al., 1999).

A mudança de ênfase nos estudos sobre gestão estratégica é tratada por Hokinsson et al. (1999), os quais entendem que o desenvolvimento desse campo pode ser compreendido como o movimento de um pêndulo. No decorrer do trabalho os autores mostram as variações nas análises, partindo de pesquisas que buscavam trabalhar questões mais internas das firmas na década de 1960; deslocando as análises para as estruturas da indústria nas décadas de 1970/1980; e voltando o foco para os recursos internos da organização na década de 1990, com a Visão Baseada em Recursos.

Desde o final do século XX, o campo dos estudos de estratégia ampliou-se e passou a abarcar perspectivas diversas, o que torna o conceito de estratégia multifacetado (FONSECA; MACHADO-DA-SILVA, 2002; GHOBADIAN; O' REGAN, 2008), desenvolvido a partir de diversas perspectivas teóricas (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2000). A literatura de estratégia passou a abordar variadas temáticas como, por exemplo, a mudança estratégica e o processo estratégico, a concepção e a implementação de estratégias, a natureza deliberada e/ou emergente da estratégia, aspectos institucionais, políticos e culturais da estratégia (FONSECA; MACHADO-DA-SILVA, 2002; MELLAHI; SMINIA, 2009; MINTZBERG; WATERS, 1985; PETTIGREW; THOMAS; WHITTINGTON, 2002).

Uma das principais mudanças trazidas para o campo dos estudos da estratégia foi a perspectiva do processo estratégico. O conceito de processo aplicado aos estudos de estratégia expandiu o olhar para todo o processo a partir de uma perspectiva mais ampla, considerando como a estratégia realmente é moldada ou estabelecida (MINTZBERG; WATERS, 1985). Essa visão da estratégia como processo defende que a racionalidade da tomada de decisão das

organizações está mais presente na teoria do que na prática. A maneira que determinada empresa compete está além da formulação e implementação da estratégia. Fatores como políticas internas e cultura organizacional estão presentes no processo estratégico e devem ser considerados (MELLAHI; SMINIA, 2009).

As pesquisas no campo da estratégia como processo também tornaram possível a abertura de aspectos desconhecidos (“caixa preta”) da organização, trazendo novos direcionamentos nos estudos da área do gerenciamento estratégico, auxiliando os estudiosos a lidarem com dicotomias existentes entre conteúdo/processo; e formulação/implementação da estratégia. Com isso, abriu-se espaço para se considerar questões relacionadas ao desenvolvimento da estratégia das organizações ao longo dos processos de escolhas e mudanças, trazendo novas possibilidades epistemológicas e metodológicas (PETTIGREW; THOMAS; WHITTINGTON, 2002), inclusive a perspectiva adotada neste trabalho, que foca no “fazer estratégia” dos indivíduos (WHITTINGTON, 1996).

A partir dos anos 2000, emergiu a perspectiva da ECP, que trouxe uma transformação nas análises, considerando os indivíduos, suas práticas e as práxis; e ainda, possibilitando trabalhar tanto com aspectos externos à organização (nível macro) quanto aspectos internos (nível micro) (JARZABKOWSKI, 2004; JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007; WHITTINGTON, 1996).

Tradicionalmente, a estratégia foi tratada como uma propriedade das organizações (JARZABKOWSKI; WHITTINGTON, 2008; JOHNSON; MELIN; WHITTINGTON, 2003; WHITTINGTON, 2006). No decorrer do desenvolvimento da gestão estratégica, as análises costumavam se voltar para as influências do ambiente interno ou externo, não sendo verificadas as influências dos indivíduos para os resultados das organizações. As análises de contextos amplos desconsideram os sucessos e fracassos dos praticantes, assim como, no planejamento estratégico, as práticas são julgadas como imutáveis (WHITTINGTON, 2006), deixando de se considerar os papéis desses indivíduos praticantes da estratégia organizacional (CLEGG; CARTER; KORNBERGER, 2004). O conceito de estratégia como prática possibilita o direcionamento da atenção para essas questões, a partir de um olhar voltado para a prática social. O Quadro 1 sintetiza algumas definições de estratégia desde a década de 1960 até a definição da ECP.

Quadro 1 – Conceitos de estratégia

Autor	O que é estratégia?	Conceito relacionado
Chandler (1962)	A estratégia é entendida como sendo a determinação de objetivos de longo prazo de uma empresa. Aborda a adoção de cursos de ação e alocação de recursos necessários para alcançar esses objetivos.	Políticas de negócio, cursos de ação de longo prazo
Ansoff (1965)	A estratégia é vista como uma regra para a tomada de decisões, sendo determinada pelo mercado do produto em questão, pela vantagem competitiva e pela sinergia.	Planejamento estratégico, objetivos de longo prazo
Mintzberg (1979)	A estratégia pode ser vista como uma força mediadora entre a organização e seu ambiente. Sua formulação envolve a interpretação desse ambiente e do desenvolvimento de padrões consistentes em fluxos de decisões organizacionais.	Estrutura organizacional
Porter (1980)	A estratégia é vista como algo que proporciona competitividade; é uma ação que cria posicionamento favorável em uma indústria, buscando obter maior retorno sobre os investimentos.	Estratégia competitiva, vantagem competitiva
Mintzberg, Ahlstrand e Lampel (2000)	A estratégia pode ser definida como plano, padrão, posição, perspectiva ou truque.	Natureza da estratégia (deliberada/emergente)
Whittington (1996)	A estratégia é vista como uma prática social na qual os estrategistas atuam e interagem. O foco está em compreender o “fazer estratégia”.	Estratégia como prática
Jarzabkowski (2005)	A estratégia é uma atividade situada e socialmente construída por meio das ações e interações de atores múltiplos.	Estratégia como prática

Fonte: elaboração da autora.

### 2.1.2 A estratégia como prática: virada prática e o conceito de prática

Na área da administração, alguns pesquisadores sofreram influência de teorias sociológicas advindas principalmente da Europa em sua busca do entendimento de como ação e estrutura são articuladas no processo de constituição da estratégia, procurando evidenciar onde e como as atividades de “fazer estratégia” – *strategizing* – acontecem, quem as realiza, quais as competências necessárias para exercê-las e como foram adquiridas (ALBINO et al., 2010).

Ao tratar do *strategizing* no nível da microanálise, com foco nas atividades cotidianas, Johnson, Melin e Whittington (2003) o concebem como o “fazer estratégia” de todos os atores humanos envolvidos nas atividades estratégicas. A partir da perspectiva da ECP, o *strategizing*

compreende as ações, interações e negociações dos múltiplos atores e práticas situadas, necessárias para o atingimento da atividade estratégica (JARZABKOWSKI, 2005).

A estratégia como prática social surge no campo da administração no final dos anos 1990 (WHITTINGTON, 1996). A reconceitualização trazida pela prática faz com que o mundo da estratégia deixe de ser considerado algo estável e passe a ser visto como uma realidade em fluxo, o qual é constituído de uma genuína realidade social criada e recriada nas interações entre diversos atores dentro e fora das organizações (GOLSORKHI et al., 2010).

O surgimento da abordagem da ECP aconteceu por meio de um movimento mais amplo chamado virada prática (*practice turn*) que ganhou espaço nas ciências sociais, a partir de diversos estudiosos seminais da teoria social, dentre eles Pierre Bourdieu, Michel de Certeau, Michel Foucault e Anthony Giddens (JARZABKOWSKI; SPEE; SMETS, 2013; WHITTINGTON, 2006).

Considerando o objetivo geral da presente pesquisa, especificamente a teoria da estruturação de Anthony Giddens e a teoria da prática de Pierre Bourdieu abarcam conceitos relevantes, relativos à prática, ação e estrutura. Para Boudieu (1996), as sociedades são produzidas por práticas sociais; e o que produz essas práticas, sejam elas individuais ou coletivas é o que ele chama de *habitus*, considerados princípios geradores de práticas distintas e distintivas.

Os *habitus* são princípios geradores de práticas distintas e distintivas – o que o operário come, e sobretudo sua maneira de comer, o esporte que pratica e sua maneira de praticá-lo, suas opiniões políticas e sua maneira de expressá-las diferem sistematicamente do consumo ou das atividades correspondentes do empresário industrial; mas são também esquemas classificatórios, princípios de classificação, princípios de visão e de divisão e gostos diferentes. Eles estabelecem as diferenças entre o que é bom e mau, entre o bem e o mal, entre o que é distinto e o que é vulgar etc., mas elas não são as mesmas. Assim, por exemplo, o mesmo comportamento ou o mesmo bem pode parecer distinto para um, pretensioso ou ostentatório para outro e vulgar para um terceiro (BOURDIEU, 1996, p. 22).

Esse conceito é então concebido como um sistema de esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas mentes dos indivíduos), sendo adquirido por experiências práticas, ou seja, em condições sociais específicas de existência, constantemente orientado para ações do agir cotidiano (SETTON, 2002).

Sendo produto da história, o *habitus* produz as práticas conforme os esquemas engendrados por ela. Ele garante a presença das experiências passadas que, depositadas nos organismos em forma de esquemas de percepção, de pensamento e de ação, tendem, de

maneira mais segura do que todas as regras formais, a garantir a conformidade das práticas e sua constância ao longo do tempo (BORDIEU, 2009). Além disso, o *habitus* pode ser considerado um corpo socializado ou estruturado, que incorporou as estruturas inerentes de determinado meio ou de um campo, e que estrutura não somente a ação nesse meio, mas também as percepções sobre ele (BORDIEU, 1996), e tende, portanto, a conformar e orientar a ação (BOURDIEU, 1983).

Cada agente, quer saiba ou não, quer queira ou não, é produtor e reproduzidor de sentido objetivo porque suas ações e suas obras são produto de um *modus operandi* do qual ele não é o produtor e do qual ele não possui o domínio consciente; as ações encerram, pois, uma “intenção objetiva”, [...], que ultrapassa sempre as intenções conscientes (BOURDIEU, 1983, p. 15).

Dessa forma, a interiorização dos valores, normas e princípios sociais pelos atores, assegura a adequação entre as ações do sujeito e a realidade objetiva da sociedade como um todo (BOURDIEU, 1983).

Essas disposições específicas (*habitus*) dos agentes (indivíduos ou organizações) faz parte da dinâmica social, a qual ocorre no interior de um campo, no qual nota-se a manifestação de relações de poder.

O campo se particulariza, pois, como um espaço onde se manifestam relações de poder, o que implica afirmar que ele se estrutura a partir da distribuição desigual de um *quantum* social [capital social] que determina a posição que um agente específico ocupa em seu seio (BOURDIEU, 1983, p. 21).

Considerando essa definição, a estrutura do campo pode ser apreendida tomando-se como referência dois polos opostos: o dos dominantes e o dos dominados, sendo que essa divisão implica uma distinção entre ortodoxia (conformidade absoluta com os padrões) e heterodoxia (oposição aos padrões). Ao polo dominante correspondem as práticas de uma ortodoxia que pretende conservar intacto o capital social acumulado; ao polo dominado, as práticas heterodoxas que tendem a desacreditar os detentores reais de um capital legítimo. Assim, os agentes que se situam junto à ortodoxia devem, para conservar sua posição, instituir uma série de mecanismos que assegurem sua posição de dominação. Já os que se encontram no polo dominado, buscam manifestar seu inconformismo por meio de estratégias de subversão, o que implica um confronto permanente com a ortodoxia. Entretanto, por mais que sejam antagônicas a ortodoxia e a heterodoxia ordenam o funcionamento do campo (BOURDIEU, 1983).



O campo é descrito também como um espaço social por Bourdieu (1996), sendo caracterizado como um campo de forças e um campo de lutas.

O espaço social [é descrito] como um campo de forças, cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos, e como um campo de lutas, no interior do qual os agentes se enfrentam, com meios e fins diferenciados conforme sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo assim para a conservação ou a transformação de sua estrutura (BOURDIEU, 1996, p. 50).

Assim, na visão desse autor, o campo pode ser considerado um espaço que está se transformando constantemente, sendo apresentado como um sistema de relações que estruturam o *habitus*, se reestruturando de maneira progressiva por meio do conflito entre a situação presente e o *habitus*. Pensar a relação existente entre indivíduo e sociedade com base na categoria *habitus* significa dizer que o individual, o pessoal e o subjetivo são simultaneamente social e coletivamente orquestrados. O *habitus* é uma subjetividade socializada e por isso deve ser visto como um conjunto de esquemas de percepção, apropriação e ação que é experimentado e posto em prática, uma vez que as conjunturas do campo o estimulam (SETTON, 2002).

É nesse aspecto que esses conceitos podem trazer contribuições para a abordagem da ECP e para este trabalho especificamente, devido à possibilidade de analisar em conjunto as ações dos indivíduos e o meio no qual estão envolvidos, e, além disso, possibilita analisar os dois polos presentes no campo da saúde: o predominante, que é o biomédico ou curativo; e o preventivo/integrativo, que ainda não é amplamente praticado e/ou aceito.

Ao delinear a reforma socioeconômica na China, Prieto e Wang (2010) utilizaram conceitos da Teoria da Prática de Bourdieu. Eles buscaram abordar as definições de termos como estratégia, campo, *habitus* e capital, fornecendo exemplos no contexto chinês. Com a utilização da metáfora do “jogo”, os autores conceituam o *strategizing*, considerando quatro *players* nesse contexto específico. Dessa forma, eles verificaram que as ações estratégicas das organizações estudadas ou o *strategizing*, se baseiam nos *habitus* e na busca por acumulação de capital, assim como em seus campos mais relevantes. O *strategizing* é conceituado como sendo um conjunto dinâmico de *players* atuando dentro e entre campos ou ambientes. A complexidade desses conceitos é reconhecida pelos autores, que contribuem tentando fornecer uma visão do processo de reforma.

Ainda com a base teórica da Teoria da Prática de Bordieu, Darbi e Knott (2016) buscam compreender as práticas estratégicas em uma configuração de economia informal. Com o emprego de técnicas etnográficas, o estudo busca analisar como negócios informais e

suas redes de parceiros fazem *networkings* estratégicos. Os resultados sugeriram que práticas estratégicas de *networking* são caracterizadas por quatro temas inter-relacionados: comunicação aberta, sub-rogação mútua, compromisso fraterno e naturalização. Esses tópicos encontrados constituem um conjunto de práticas de um campo específico, de capital, de *habitus* e de disposições do negócio informal e da rede de parceiros, ou seja, as práticas estratégicas de *networking* não ocorrem isoladas.

Quanto ao trabalho de Giddens, sua relevância é reconhecida por Whittington (1992), o qual enfatiza seus conceitos de agência, estrutura e estruturação, que possuem uma importância para as pesquisas no campo dos estudos organizacionais. Em vez de tratar a organização como uma entidade discreta dentro de seu ambiente, cada empresa e suas atividades devem ser examinadas como uma expressão de princípios estruturais sociais potencialmente diversos. Do ponto de vista estruturalista, a questão da liderança, por exemplo, não está relacionada apenas às qualidades individuais psicológicas dos gestores, mas são dependentes também de recursos (capital, status profissional, etnia/gênero) disponíveis por suas entidades sociais específicas.

A teoria da estruturação proposta por Giddens (2009) mostra que a vida social não é constituída isoladamente de ações individuais ou de forças sociais simplesmente, ou seja, para compreendê-la é necessário olhar tanto para as atividades presentes no nível “micro” (agência) quanto aquelas no nível “macro” (estrutura). O autor considera que as atividades sociais humanas são recursivas, isto é, elas não são criadas por atores sociais, mas continuamente recriadas por eles através dos próprios meios pelos quais eles se expressam como atores.

Um dos conceitos vitais para a teoria da estruturação é o de “rotinização”. A rotina faz parte da continuidade da personalidade do agente, percorrendo os caminhos das atividades cotidianas, e das instituições da sociedade, as quais só o são mediante contínua reprodução. Se o sujeito só pode ser apreendido por meio da constituição reflexiva de atividades diárias em práticas sociais, não é possível compreender a mecânica da personalidade separada das rotinas da vida do dia-a-dia, através das quais o corpo passa e que o agente produz e reproduz. Essa natureza repetitiva de determinadas atividades é o que o autor considera como “caráter recursivo” da vida social.

O termo “agência” refere-se à capacidade que as pessoas têm de realizar as coisas; diz respeito a determinados eventos dos quais um indivíduo é o perpetrador, sendo que ele poderia, em qualquer fase de dada sequência de conduta, atuar de maneira diferente. O fato ocorre devido a interferência desse indivíduo. A agência humana só pode ser definida em

termos de intenções, ou seja, para que um item do comportamento seja considerado uma ação, é preciso que o realizador tenha a intenção de manifestá-lo, caso contrário, o comportamento em questão é apenas uma resposta reativa (GIDDENS, 2009).

Já o termo “estrutura” é definido como sendo as “regras e recursos, ou conjunto de relações de transformação, organizados como propriedades de sistemas sociais” (GIDDENS, 2009, p. 29). Portanto, a estrutura não diz respeito apenas às regras envolvidas na produção e na reprodução de sistemas sociais, mas também a recursos. Os aspectos mais importantes da estrutura são essas regras e os meios recursivamente envolvidos em instituições. Tais instituições são os aspectos mais duradouros da vida social.

Assim, a constituição de “agentes” e “estruturas” não são conjunto de fenômenos dados independentemente, e sim representam uma dualidade. Essa dualidade da estrutura é a base principal das continuidades na reprodução social por meio do tempo e do espaço. A dualidade pressupõe a estrutura como meio e resultado da conduta que ela organiza recursivamente. As propriedades estruturais dos sistemas sociais não existem fora da ação, mas estão cronicamente envolvidas em sua produção/reprodução. As práticas sociais, então, são como procedimentos, métodos ou técnicas executadas de maneira apropriada pelos agentes sociais utilizando-se regras e recursos (O'DWYER; MATTOS, 2010).

Na teoria da estruturação, há dois tipos de enquadramento metodológico: a análise institucional que considera as propriedades estruturais como características reproduzidas em sistemas sociais; e a análise da conduta estratégica, em que o foco reside nos modos como os atores sociais se apoiam nas propriedades estruturais para a constituição das relações sociais. Ou seja, é um tipo de análise que prioriza a concentração em atividades contextualmente situadas, realizadas por grupos definidos de atores (GIDDENS, 2009). Essa definição vai ao encontro do conceito da ECP de Jarzabkowski (2005), adotado neste trabalho, o qual considera a estratégia uma atividade situada e socialmente construída por meio das ações e interações de atores múltiplos.

Ainda nessa teoria, a agência humana e a estrutura social estão inter-relacionadas, sendo a repetição de atos dos agentes individuais que gera a estrutura. Isso pode implicar que existe uma estrutura social (instituições, códigos morais, maneiras estabelecidas de fazer as coisas), mas ela pode vir a sofrer mudanças quando os indivíduos passam a ignorar, a substituir ou a realizar de modo diferente esses códigos morais.

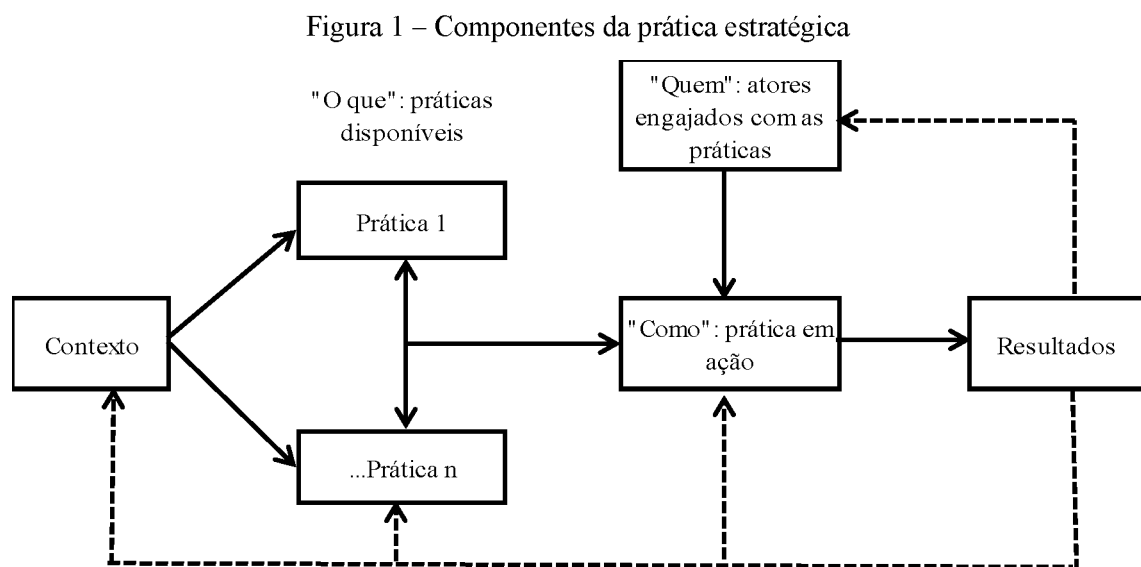
Quando a prática social torna-se o foco das pesquisas em estratégia, ela fornece uma oportunidade de analisar as atividades no nível microsocial e sua construção no contexto social; enfatiza que as atividades precisam ser entendidas como geradas ou restringidas pelas

práticas vigentes no campo em questão, quebrando, dessa forma, o individualismo metodológico; e permite ao pesquisador lidar com um dos problemas da análise social contemporânea, que é como a ação social se relaciona com a estrutura e a agência (GOLSORKHI et al., 2010).

A necessidade de compreender tanto as práticas individuais (nível micro) quanto o funcionamento do mundo social em que elas acontecem (nível macro) leva a três assuntos centrais à teoria da prática (WHITTINGTON, 2006):

- a) a existência da sociedade, ou seja, como o campo social ou os sistemas definem práticas que guiam e proporcionam a atividade humana como, por exemplo, padrões culturais e linguagem;
- b) a atividade das pessoas “na prática”, ou seja, práticas situadas;
- c) e os atores que desempenham e interpretam as atividades, suas habilidades e iniciativa.

Essa multiplicidade deve ser vista como uma oportunidade de compreender os diversos aspectos das atividades sociais e práticas com a ECP. Em busca de uma melhor compreensão da prática estratégica, Jarzabkowski et al. (2015) citam três componentes, relacionados à teoria social: “o que”, “quem” e “como” da prática. Esses componentes e suas relações são considerados pelos autores como sendo importantes para a “virada prática” e possibilitam o entendimento da prática estratégica e do contexto para o alcance dos resultados almejados, conforme retratado na Figura 1.



Fonte: Jarzabkowski et al. (2015, p. 4).

O aspecto “o que” refere-se às práticas que são absorvidas dentro das organizações. Igualmente importante é “quem” realiza determinadas práticas como, por exemplo, gestores de nível médio ou seniores. As práticas e os praticantes estão inter-relacionados nessa perspectiva, juntamente com o entendimento de “como” as práticas são legitimadas ou realizadas, pois elas não ocorrem automaticamente, estão todas imbricadas em algum contexto. Os “Resultados”, representados na Figura 1 podem ser compreendidos por: desempenho organizacional, escolhas estratégicas, resultados de projetos ou atores, novas práticas, etc. A perspectiva da prática enfatiza que os resultados da estratégia irão depender da interação desses três elementos, que devem ser vistos de forma integrada (JARZABKOWSKI et al., 2015).

A teoria da prática, então, considera que os elementos sociedade, atores e ações devem estar inter-relacionados, exercendo influência uns sobre os outros, pois conforme Whittington (2006, p. 615) as “[...] atividades particulares dos atores não podem ser dissociadas da sociedade, pois as regras e recursos fornecidos por ela são essenciais para suas ações. A sociedade é, por sua vez, produzida somente por essas ações”.

Uma vez que a ECP é considerada uma prática social, nota-se que a prática, nesse caso, é a atividade real, os eventos, ou o trabalho de estratégia, enquanto as práticas são as tradições, normas e rotinas através das quais o trabalho de estratégia é construído (JARZABKOWSKI, 2004). Nessa perspectiva considera-se que todos os atores envolvidos no processo de fazer estratégia agem em conjunto no contexto em que estão inseridos (JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007; WHITTINGTON, 2006). A prática seria similar à ação e as práticas se tornam as atividades formais da organização (CARTER; CLEGG; KORNBERGER, 2008).

A partir de uma revisão das contribuições das teorias sociais ao campo da ECP, Jarzabkowski (2004) argumenta que uma ação se torna uma prática quando é repetitiva, similar à rotina, atingindo um nível de ações habituais e recorrentes, porém, apesar dessa característica, a prática também é responsável por mudanças, que surgem a partir da interação entre os níveis micro e macro. Há pouco consenso nas definições do termo “prática” em pesquisas realizadas com essa perspectiva, conforme discutido por Rouleau (2013). A autora aborda cinco visões distintas sobre o uso desse conceito, apresentando os fatores presentes nas questões principais da pesquisa, na unidade de análise, nas metodologias e nas contribuições que cada visão fornece, conforme Quadro 2.

Quadro 2 – Cinco perspectivas da prática no campo da estratégia como prática

	Prática como ação gerencial	Prática como um conjunto de ferramentas	Prática como conhecimento	Prática como recursos organizacionais	Prática como discurso global
Questão central	Como gestores e outros “fazem estratégia”?	Como gestores e outros usam as ferramentas da estratégia?	Como gestores e outros realizam a estratégia?	Como as práticas organizacionais moldam a vantagem competitiva estratégica?	Como o discurso estratégico produz gestores e organizações?
Unidade de análise	Atividades Gerenciais	Planos estratégicos, ferramentas e reuniões	Rotinas, conversas e interações	Rotinas organizacionais e processos	Discursos extra-organizacionais
Metodologias	Entrevista, <i>shadowing</i> , diários	Entrevistas, observação, vídeo etnografia	Pesquisa etnográfica (observação participante)	Estudos de Casos	Documentos
Contribuições	Compreensão profunda dos papéis gerenciais relacionados ao <i>strategizing</i>	Melhor entendimento dos procedimentos informais do planejamento estratégico	Melhor interpretação de características contextuais e omitidas no <i>strategizing</i>	Compreensão renovada do nível organizacional	Entendimento crítico do papel institucional da estratégia

Fonte: adaptado de Rouleau (2013, p. 549).

Apesar da distinção conceitual na maneira de se trabalhar com a prática, Rouleau (2013) enfatiza que elas não devem ser vistas individualmente, pois cada uma delas representa um possível caminho para se estudar o “fazer” da estratégia e nenhum deles é melhor ou o único que deve ser seguido em determinada pesquisa. Todos eles possuem influências teóricas diversas, dentre elas as teorias organizacionais, as teorias relacionadas à linguagem, as ciências sociais e as teorias críticas. A autora argumenta que a ECP é reconhecida por seu pluralismo teórico e, sem dúvida, essa característica da noção de prática tem sido útil para manter a emergência e o sucesso desse campo.

Na presente pesquisa, o foco será nas perspectivas da prática como ação gerencial e como um conjunto de ferramentas, tendo em vista o objetivo de compreender as práticas de *strategizing* ou o “fazer estratégia” dos atores. Ademais, esses dois direcionamentos possibilitam, por meio da observação de reuniões, por exemplo, a identificação e compreensão de procedimentos e processos adotados na inserção de novas práticas.

### *2.1.3 Uma visão relacional micro e macro: práxis, práticas e praticantes e outros conceitos da estratégia como prática*

Tendo em vista que, na perspectiva da ECP a preocupação é com o “fazer” da estratégia, assim como em compreender questões sobre quais são os indivíduos que a realiza, o que eles fazem, como eles fazem, o que eles utilizam e quais as implicações desses fatores no desenvolvimento da estratégia, essa abordagem tem definido como parâmetro de pesquisa geral o estudo de três conceitos inter-relacionados: práxis, práticas e praticantes (JARZABKOWSKI; SPEE, 2009). A seguir, esses três conceitos serão apresentados.

Para a ECP, a práxis “[...] refere-se ao grande trabalho da estratégia, o fluxo de atividades, tais como reuniões, conversas, cálculos, preenchimento de formulários, e a apresentação por meio da qual a estratégia é feita” (JARZABKOWSKI; WHITTINGTON, 2008, p. 101). Para Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007), a práxis compreende a interligação entre diferentes indivíduos (praticantes) ou grupos e as instituições (políticas, econômicas ou sociais) em que eles agem ou contribuem. Essa definição sugere que a práxis é tanto um conceito integrado que pode ser operacionalizado em diferentes níveis, do institucional para o micro, e também dinâmico, mudando de forma fluida através das interações entre níveis.

Em estudo posterior, Jarzabkowski e Spee (2009) referem-se à práxis como sendo o fluxo de atividades nos quais a estratégia é alcançada ao longo do tempo. Ao fazer uma análise da literatura do campo da ECP os autores identificam três níveis nos estudos da práxis: micro, meso e macro. As análises em nível micro irão explorar e tentar explicar a práxis em níveis individuais ou experiências grupais de algum episódio específico (ex. reunião), já o meso trabalha no nível organizacional e o macro a nível institucional. Miettinen, Friedericks e Yanow (2009) enfatizam que a linguagem ortodoxa da ciência social, incluindo os estudos organizacionais, separam os fenômenos em três níveis distintos, quais sejam: o micro, priorizando o que os indivíduos fazem; o meso, que fica nas rotinas; e o macro, que trata das instituições.

A práxis está relacionada com as atividades estratégicas como aquelas que envolvam planejamento, assuntos de vendas e tomada de decisão, sendo geralmente realizadas de maneira formal ou por meio de reuniões específicas para esse fim. Essa práxis é o trabalho do “fazer estratégia” (WHITTINGTON, 2007), ou seja, todas as diversas atividades envolvidas na formulação e implementação da estratégia deliberada. Com isso, nota-se que a práxis da estratégia é o trabalho intraorganizacional necessário para a elaboração e execução da estratégia (WHITTINGTON, 2006).

Em relação ao conceito de práticas, na perspectiva da ECP, essas são definidas como sendo tipos de comportamentos rotineiros que possuem diversos elementos que se relacionam entre si, sendo eles, formas de atividades corporais, formas de atividades mentais, conhecimento prévio na forma de compreensão, o *know-how* e os estados emocionais (RECKWITZ, 2002). As práticas podem ser entendidas como as rotinas e as normas do trabalho estratégico, podendo ser operadas de forma independente, por meio de equipes de projetos estratégicos, ou de maneira implícita com as diversas ferramentas estratégicas e técnicas analíticas (WHITTINGTON, 2007). As práticas estão diretamente relacionadas ao ato de “fazer”, pois abarcam recursos de ordem comportamental, cognitivo, procedimental, discursivo e físico (JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007). Elas irão envolver as mais variadas rotinas, discursos e tecnologias que tornam o trabalho da estratégia possível (JARZABKOWSKI; WHITTINGTON, 2008).

Sobre a importância de se incluir as práticas explícitas nos estudos sobre as práticas, Whittington (2006) argumenta que elas desempenham papel relevante nas organizações regidas por prestações de contas formais. As práticas da estratégia podem ser consideradas multinível, isto é, elas envolvem diversos níveis dentro das organizações. Em um desses níveis, as práticas podem ser específicas de determinada organização, incorporadas nas rotinas, nos procedimentos operacionais e na cultura que moldam o *strategizing*. Mas também podem derivar do campo extra-organizacional, ou seja, do contexto social mais amplo ou dos sistemas nos quais as organizações estão inseridas.

Em relação ao conceito de praticantes, para a perspectiva da ECP, Whittington (2007) enfatiza que, antes de qualquer coisa, eles são pessoas lutando para realizar seus próprios objetivos dentro e fora das organizações. Jarzabkowski e Whittington (2008, p. 101-102) consideram que os praticantes da estratégia são amplamente definidos para incluir tanto “[...] aqueles diretamente envolvidos em fazer a estratégia – mais proeminentes gerentes e consultores – e aqueles com influência indireta – decisores políticos, a mídia, os gurus e as escolas de negócios que moldam práticas e práxis legitimadas”. Eles também podem ser considerados os atores ou aquelas pessoas que se baseiam nas práticas para agir. Por isso, eles estão inter-relacionados tanto à práxis quanto às práticas (JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007).

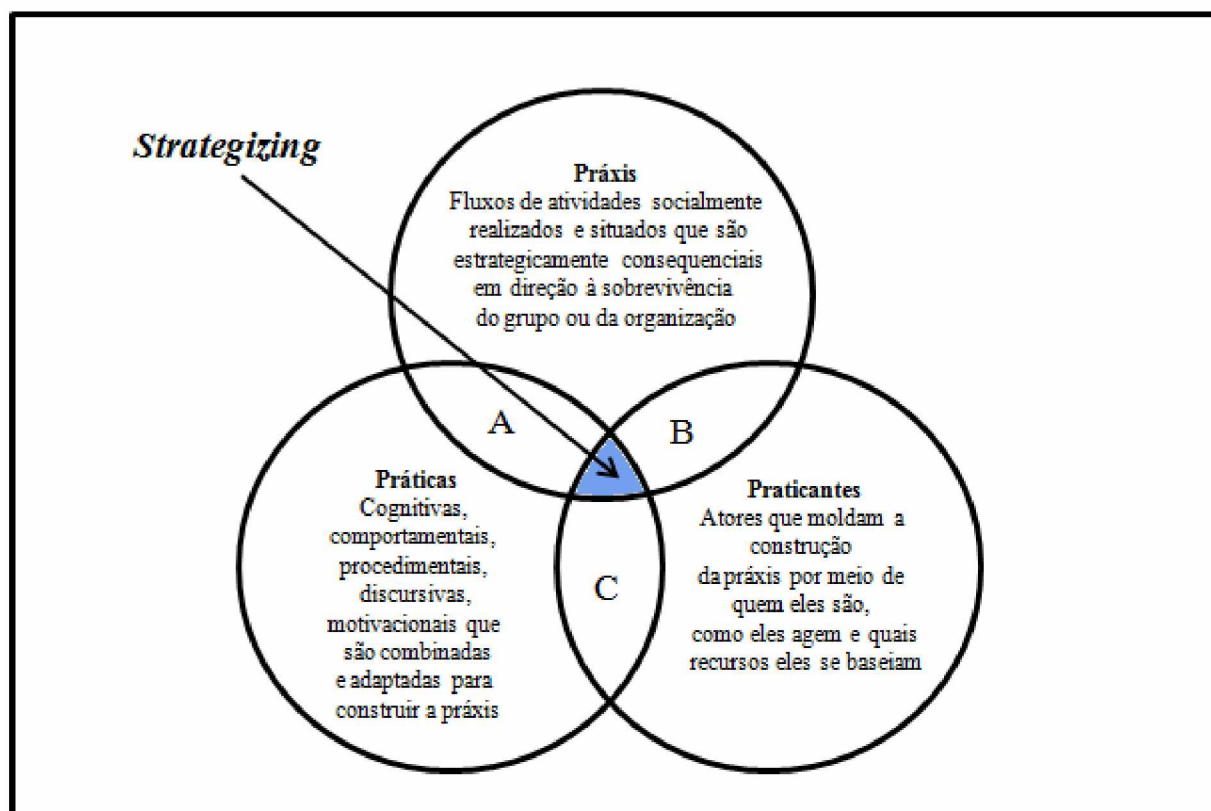
Resumidamente, os praticantes da estratégia são aqueles que possuem como atribuição fazer, moldar e executar estratégias, sendo que os gestores de nível médio também estão incluídos no trabalho estratégico. O que esses praticantes realmente fazem é a práxis da estratégia, isto é, todas as diversas atividades envolvidas na formulação e implementação



deliberada da estratégia. E finalmente, existem as práticas da estratégia, as quais os praticantes geralmente desenvolvem em suas práxis (WHITTINGTON, 2006).

Diante do contexto e da complexidade dos conceitos envolvidos nas análises da ECP, Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007), reconhecem os desafios que o campo de pesquisa da ECP precisa superar e propõem, com o intuito de trazer esclarecimentos, um modelo conceitual de práxis, práticas e praticantes, representado na Figura 2.

Figura 2 – *Strategizing*: interações entre práxis, práticas e praticantes



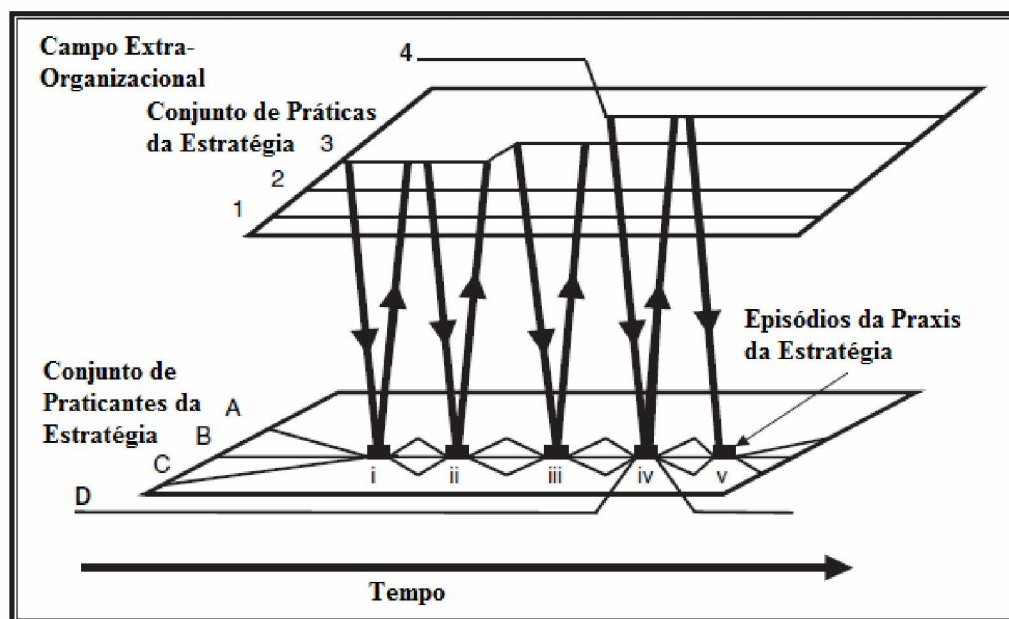
Fonte: Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007, p. 11).

O “fazer estratégia” (*strategizing*), é representado no centro da Figura 2 e compreende a ligação entre a práxis, as práticas e os praticantes. Já as inter-relações entre cada componente (A, B, C), podem ser entendidas como o foco em uma das interconexões, dependendo do problema de pesquisa a ser pesquisado. Conforme Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007), esse modelo pode ser utilizado para explicar os principais desafios que permeiam as pesquisas sobre ECP e fornecer possibilidades de análises empíricas.

Os estudos orientados para a prática não precisam, necessariamente, combinar os três elementos ao mesmo tempo, afirma Whittington (2006). Entretanto, o autor reconhece que as pesquisas nesse campo ainda se apresentam incompletas, pois os pesquisadores geralmente se

concentram demasiadamente ora nas atividades estratégicas de nível intraorganizacional ou nos efeitos dessas atividades em nível extraorganizacional. Dessa forma, o autor considera pertinente o desenvolvimento de um modelo conceitual para a pesquisa em estratégia que possui como objetivo integrar esses dois níveis distintos, incluindo ainda os conceitos de práxis, práticas e praticantes, conforme Figura 3.

Figura 3 – Modelo integrativo entre diferentes níveis de análise



Fonte: Whittington (2006, p. 621).

De acordo com Whittington (2006), na teoria da prática, os praticantes são vistos como a conexão entre a práxis intraorganizacional e as práticas organizacionais e extraorganizacionais. Na base da figura (entre A e D) se encontram os praticantes da estratégia, geralmente a alta administração, mas potencialmente os gestores de nível médio e outras pessoas. Três desses praticantes (A-C) são membros da mesma organização, sendo o último (D) parte do campo extraorganizacional. Enquanto os praticantes desempenham suas atividades diversas, são destacados cinco pontos de convergência (i-v) em episódios da práxis da estratégia em nível intraorganizacional, podendo ser reuniões de conselho ou conversas informais. Dessa forma, enquanto os praticantes “fazem estratégia”, eles se baseiam no conjunto de práticas dos contextos organizacional e extraorganizacional (1-4).

Assim, as práticas aceitas como legítimas para esta organização específica são incluídas na parte superior da representação do paralelogramo (1-3). A prática 4 representa aquelas práticas estratégicas que ainda não fazem parte das práticas legitimadas, mas estão inseridas em seu campo extraorganizacional. Sendo assim, nota-se de acordo com a

representação proposta que apesar de cada elemento (praticantes, práticas e práxis) ter repercussões significativas entre si, eles também estão interligados (WHITTINGTON, 2006).

A complexidade envolvida nesses elementos e suas conexões pode ser percebida nas discussões de Chia e MacKay (2007). Os autores enfatizam que enquanto na perspectiva processual os processos são subordinados aos atores, na abordagem da prática tanto os atores como os processos são subordinados às práticas. Apesar de serem considerados importantes, os processos podem ser redutíveis a coisas/ações, que na ECP estão envolvidas em práticas sociais complexas.

Além do estudo da estratégia vista a partir das práticas, praticantes e práxis, existem autores que colocam outras perspectivas de estudo para a estratégia: a “profissão” (WHITTINGTON, 2007) e o “texto” (FENTON, LANGLEY, 2011). A estratégia vista como “profissão”, conforme Whittington (2007), implica o estudo de um campo institucional especializado, no qual tanto pesquisadores e professores da área estão inseridos. A estratégia é então uma profissão, assim como direito ou medicina, ou seja, é um grupo ocupacional com uma identidade coletiva e um grupo de conexões que envolvem escolas de negócio, jornais acadêmicos, empreendedores e gestores. De maneira coletiva, esse campo emprega, desenvolve, licencia e dissemina determinadas práticas e tipos de praticantes, com efeitos sociais notáveis em um nível pessoal (influencia na identidade de gestores) e no nível nacional, em que o discurso estratégico pode impactar políticas públicas.

Com a estratégia vista como “texto”, prevalece os estudos empíricos dos artefatos textuais, narrativas, assim como os planos estratégicos no *strategizing* e o reconhecimento do papel dos textos nas teorias organizacionais da comunicação. Nessa perspectiva de estudo, a narrativa é considerada crítica para o *sensemaking* (processo de construção de sentido) dentro das organizações, pois elas podem ser encontradas em histórias contadas por gestores e outros membros enquanto eles interagem em seus trabalhos cotidianos (FENTON; LANGLEY, 2011). Além disso, os autores argumentam que os estudiosos de comunicação raramente utilizam o termo “estratégia” em seus estudos apesar da noção de comunicação nas organizações (textos subjacentes, padrão de ação ou trajetória) ser, em essência, a própria estratégia.

As análises que inter-relacionam micro e macroambientes tornam-se relevantes e interagem por meio de diversos fatores intermediários, se destacando, no nível da macroanálise as instituições sociais, econômicas e políticas; e no nível micro, os discursos, as práticas e os gestos (WILSON; JARZABKOWSKI, 2004). Dessa forma, considera-se que as práticas ocorrem em contextos amplos que proporcionam comunalidades de ação, mas

também em microcontextos em que a ação se encontra localizada, ou seja, elas ocorrem dentro de uma interação coexistente e fluida entre os contextos micro e macro (JARZABKOWSKI, 2004).

Essa relação entre micro e macrocontextos foi abordada por Herepath (2014), ao verificar que as ações dos estrategistas são moldadas por profundas estruturas (macrocontexto), uma vez que os sujeitos compartilham várias práticas sociais nos grupos em que estão inseridos e, portanto, a cultura daquele grupo irá implicar na maneira em que vão agir, devido à busca por uma coesão.

No campo da sociologia, a abordagem ação/estrutura também é feita por Giddens (2009). A vida social não é constituída isoladamente de ações individuais, mas sim por atividades presentes no nível “micro” (agência) e no nível “macro” (estrutura). O autor considera que as atividades sociais humanas são não são criadas pelos atores sociais, mas continuamente recriadas por eles por meio dos próprios meios pelos quais eles se expressam como atores.

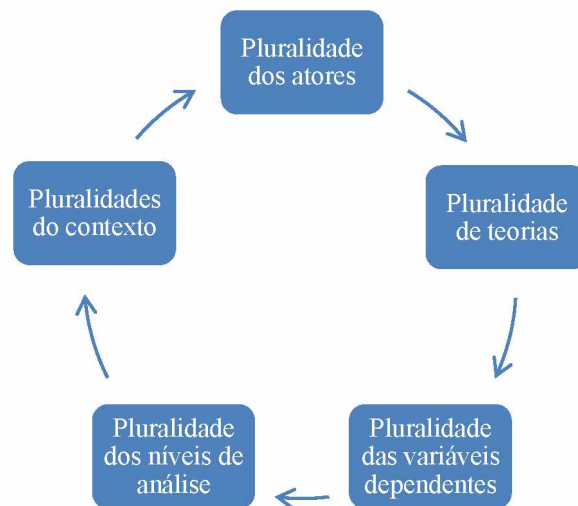
Dentre as vantagens do estabelecimento dessa conexão entre os níveis micro e macro, Seidl e Whittington (2014) enfatizam a compreensão holística do “fazer estratégia” e a oferta de uma base mais substancial para alegações teóricas sobre a relevância dos limites de determinadas práticas estratégicas. As práticas são interdependentes e, por vezes, determinadas práticas constituem o recurso para a realização de outras. Por isso, ao estudá-las não se deve limitar aos detalhes de suas realizações. Nicolini (2009) cita que é importante que ocorra uma integração e um movimento alternado entre uma visão ampla e outra mais restrita. Essas combinações entre níveis possibilitam melhor entender como as práticas locais participam nas grandes configurações e como elas entram com seus elementos e recursos em outras atividades. As práticas locais são aquelas identificadas em determinado contexto específico que está sendo analisado, como as práticas da telemedicina, estudada por esse autor.

Essa visão relacional é uma maneira de se pesquisar em estratégia e permite fugir do reducionismo, pois estudos que focam em microanálises contribuem apenas com uma rica descrição e aqueles que buscam explicar resultados amplos ou ilustrar influências macro recorrem à estratégia como sendo uma variável resultado. Assim, ambos os níveis são bidirecionados, pois qualquer atividade que aconteça estará relacionada tanto ao contexto macro quanto ao micro, o contrário das teorias institucionais e estudos de nível industrial, os quais consideram resultados e influências como sendo unidirecionados (WILSON; JARZABKOWSKI, 2004).

### 2.1.4 Strategizing e organizing em contextos pluralísticos

Considerando a proposta da ECP de compreender o “fazer estratégia” e considerar as interações de atores e práticas para que a estratégia seja realizada (JARZABKOWSKI; SPEE, 2009), torna-se relevante a contextualização das microações, conforme destacado por Jarzabkowski, Balogun e Seidl (2007). De acordo com esses autores, os microfenômenos precisam ser compreendidos em seu contexto social mais amplo, pois os atores não estão interagindo de forma isolada, mas sofrem influência das pluralidades das instituições sociais das quais eles pertencem.

Figura 4 – A pluralidade na perspectiva da estratégia como prática



Fonte: elaboração da autora a partir de Johnson et al. (2007) e Jarzabkowski e Fenton (2006).

Assim, considera-se a **pluralidade** como uma das características da ECP, conforme a Figura 4:

- a) pluralidade dos níveis de análise: a pesquisa na ECP preocupa-se com os diferentes níveis de análise (individual, organizacional e institucional) e, mais importante, com as relações existentes entre eles;
- b) pluralidade dos atores: na pesquisa tradicional em estratégia, tende-se a considerar principalmente os executivos seniores e de alto escalão, já a ECP reconhece a influência de outras pessoas que interagem com a organização (gerentes de nível médio, consultores e mesmo investidores). Nesta pesquisa esses atores são representados por coordenadores, profissionais de saúde e usuários das práticas integrativas;

- c) pluralidade das variáveis dependentes: enquanto visões diversas buscam explicar o desempenho organizacional por meio de medidas unitárias e variáveis causais, a ECP entende a dificuldade de explicar desempenho sem entender bem os componentes que fazem parte disso. Por isso, ela trabalha com diversas variáveis, considerando o nível individual; os grupos e suas interações; e ainda as ferramentas analíticas, sistemas de planejamento ou episódios estratégicos (ex. reuniões da diretoria);
- d) pluralidade de teorias: tendo em vista as considerações acima, a ECP busca incorporar lentes teóricas distintas daquelas utilizadas nos estudos tradicionais no campo da estratégia. É importante considerar outras teorias que abordam prática e ação, por exemplo, possibilitando um melhor entendimento da complexidade da ECP;
- e) pluralismos do contexto: ou “contextos pluralísticos” (*pluralistic contexts*) refere-se àqueles contextos que são modelados por metas e interesses de grupos divergentes de dentro e de fora da organização e que implicam em processos de *strategizing* e *organizing*.

Tradicionalmente, os estudos na área da administração tratam as organizações como sendo um sistema social limitado, com objetivos e estruturas específicos que atuam de forma mais ou menos racional e coerente, como se fosse uma ferramenta voltada para que um grupo atinja seus objetivos (DUARTE; ALCADIPANI, 2016). Entretanto, na medida em que os ambientes se tornam mutáveis, sobra pouco espaço para análises que buscam verificar sequências ordenadas entre formulação e implementação da estratégia. E nesse contexto, as estratégias devem ser continuamente ajustadas, fazendo com que o *strategizing* se torne uma atividade constante, resultando em repetidas reorganizações (WHITTIGTON et al., 2006).

Quando os estudos direcionam o olhar para o *organizing*, por exemplo, surgem questionamentos sobre a capacidade dessa noção naturalizada e reificada de organização de compreender fenômenos mais complexos. Os estudos sobre o *organizing* representam os fenômenos organizacionais como processos de organização e não como entidades fixas, homogêneas e estáveis (DUARTE; ALCADIPANI, 2016).

Apesar das organizações não serem consideradas entidades fixas na abordagem da ECP, Jarzabkowski (2004) relata que as rotinas estratégicas e operacionais de uma empresa possuem propriedades genéticas que a predispõem a atuar de determinadas maneiras, e mais importante, definem as possíveis decisões a serem tomadas. Essas rotinas são socialmente complexas, incorporadas e interligadas, de modo que elas compreendem uma arquitetura social que penetra nos canais de comunicação da empresa, nos filtros de informação, e

estratégias de resolução de problemas, fazendo com que se torne mais difícil para que essa organização absorva novas maneiras de fazer as coisas (como, por exemplo, a incorporação de tecnologias).

A aceleração das mudanças nos ambientes de atuação das organizações promove maior atenção às habilidades práticas. Whittington et al. (2006) cita três mudanças de foco ao considerar a abordagem da prática e essa condição de transformação dos ambientes de atuação:

- a) de “estados” para “atividades”: as estratégias e organizações estão constantemente sendo feitas e refeitas, e se tornam reconcebidas como atividades contínuas do *strategizing* e *organizing* e não como estados dos mesmos;
- b) de “analítico” para “prático”: essas atividades não são meramente analíticas, como na tradicional sequência da formulação para a implantação, mas o são intensamente práticas, frequentemente em formas de rotinas;
- c) do “dualismo” para “dualidade”: a organização e a estratégia não são vistas como variáveis separadas, mas acontecem juntas como atividades simultâneas. E, além disso, as duas são interdependentes, já que o *organizing* molda parcialmente o *strategizing*. Essa dualidade implica em barreiras não tão definidas em que o *strategizing* e *organizing* se tornam similares. A dualidade *strategizing/organizing* resgata a estratégia de seu pedestal, e a coloca novamente na realidade complexa e desordenada da organização.

Nesse sentido, os contextos pluralísticos também são caracterizados por mudanças e são conceituados por Jarzabkowski e Fenton (2006) como aqueles que possuem objetivos diversos de diferentes grupos presentes dentro e fora da organização. Denis, Langley e Rouleau (2007) consideram os contextos pluralísticos como aqueles contextos organizacionais caracterizados principalmente por múltiplos objetivos; poder difuso; e processos de trabalho baseados no conhecimento. Eles argumentam que esse conceito pode ser aplicado em qualquer lugar, entretanto existem organizações que demonstram ser “mais pluralísticas” do que outras, como por exemplo, os hospitais, organizações de arte e universidades. Para esses autores, o *strategizing* pode ser visto como a criação de redes baseadas em valores e constituída através de rotinas. Em contextos pluralísticos, os estrategistas devem ver a si mesmos como mergulhados em um processo contínuo de troca com os outros atores, e não como uma autoridade externa que impõe estratégias.

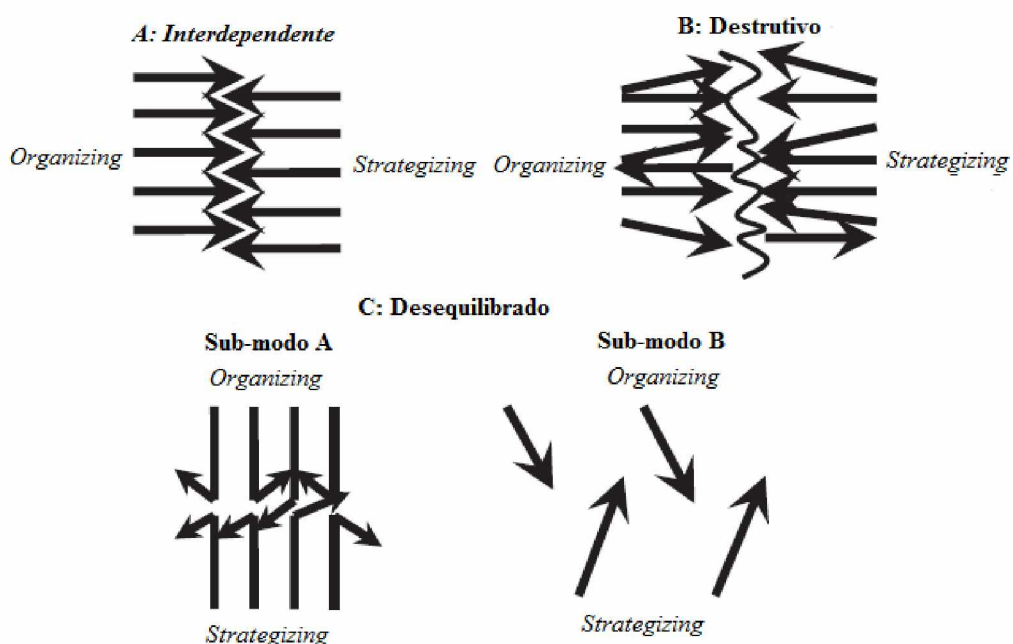


Os processos de *organizing* e *strategizing* são abordados por diversos autores (COLVILLE; MURPHY, 2006; JARZABKOWSKI; FENTON, 2006; RIVKIN; SIGGELKOW, 2006; WHITTINGTON et al., 2006), mas para os objetivos da presente pesquisa será utilizado o modelo proposto por Jarzabkowski e Fenton (2006), o qual possibilita o entendimento das fontes de tensão e dos problemas de *strategizing* e *organizing* em contextos pluralísticos, assim como suas potenciais implicações para a prática, conforme segue:

- a) *strategizing*: compreendido como o planejamento, a alocação de recursos, as práticas de monitoramento e controle pelos quais a estratégia é estabelecida;
- b) *organizing*: pode ser definido como a criação de práticas estruturais e processos de coordenação pelos atores internos da organização em questão, para que se estabeleça a identidade, a cultura e os interesses da empresa.

Essas autoras citam três modos de associação entre *organizing* e *strategizing* – interdependente, desequilibrado e destrutivo – e exploram as variações de interdependência entre *strategizing* e *organizing*, de acordo com as fontes de pluralismo (interna ou externa). Cada um deles possuem determinadas implicações para os praticantes ao atuarem em contextos pluralísticos, conforme apresentado na Figura 5.

Figura 5 – Implicações dos modos de associação entre *organizing* e *strategizing*



Fonte: Jarzabkowski e Fenton (2006, p. 642).



O modo de associação interdependente (A) é considerado um estado ideal, no qual *strategizing* e *organizing* são mutuamente reforçados e criam práticas de *organizing*, que são adaptadas às demandas de diferentes objetivos estratégicos e práticas de *strategizing*.

No outro extremo, encontra-se a associação destrutiva (B), ocasionada pelo extremo pluralismo em ambos os domínios. Quando múltiplos objetivos estratégicos não podem ser alinhados e os resultados do *organizing* são diversos e incapazes de serem acomodados; ou quando estão em conflito ativo com os objetivos estratégicos, a organização é pressionada em muitas direções para solucionar as múltiplas demandas, requerendo maior maiores mudanças, ou em caso de falha, levando a um colapso organizacional.

Entre esses dois existe o modo desequilibrado (C). Ele ocorre quando objetivos estratégicos estão bloqueados por práticas de *organizing*, como os incentivos de Recursos Humanos, que desviam a atenção de determinados objetivos para outros, enquanto as práticas de *strategizing* enfatizam os interesses de algumas partes da organização em detrimento de outras, aumentando o conflito entre subculturas e identidades. No submodo A, os processos e práticas pluralísticos de *organizing* agem diretamente como bloqueadores às tentativas de implementação de novas estratégias. Já o submodo B, ocorre quando múltiplas demandas estratégicas não podem ser acomodadas devido à singularidade dos processos de *organizing*, priorizando certos objetivos em detrimento de outros. O Quadro 3 sintetiza as características de cada um desses modos de associação.

Associação  
Positiva

Quadro 3 – Gerenciando modos de associação entre *strategizing* e *organizing*

	Características	<i>Strategizing</i> e <i>Organizing</i>	Ações	Riscos Potenciais
<b>I N T E R D E P E N D E N T E</b>	Tipo ideal com ajuste mútuo e contínuo entre <i>strategizing</i> e <i>organizing</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As práticas de <i>strategizing</i> proporcionam resposta a diferentes objetivos estratégicos, sem marginalizar os interesses dos diferentes constituintes organizacionais.</li> <li>- As práticas do <i>organizing</i> são consistentes com as identidades e interesses dos diferentes constituintes organizacionais, sem bloquear a realização dos objetivos estratégicos que não são particulares de cada grupo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegurar os sistemas de informações gerenciais fornece qualidade e tempo sobre o desempenho em direção aos múltiplos objetivos.</li> <li>- Diálogo entre os constituintes organizacionais para assegurar o reconhecimento de seus interesses.</li> <li>- Ajustar as práticas de <i>strategizing</i> e <i>organizing</i> com frequência, a fim de garantir que elas continuem a refletir as metas estipuladas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demandas excessivas no tempo e atenção por parte da alta administração.</li> <li>- Dificuldade para manter altos níveis de flexibilidade, planejamento e sistemas de monitoramento, que tendem a se tornarem rígidos com o passar do tempo.</li> <li>- Dificuldade de manter contato gerencial próximo quando a organização cresce ou se torna geograficamente diversa.</li> </ul>
<b>D E S E Q U I L I B R A D O</b>	Desequilíbrio entre <i>strategizing</i> e <i>organizing</i> . A organização encontra-se em um constante ciclo de busca de <i>catch-up</i> enquanto se ajusta às práticas de <i>strategizing</i> e <i>organizing</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As práticas de <i>strategizing</i> são muito homogêneas para acomodar as identidades legitimadas e os múltiplos interesses organizacionais, gerando conflitos.</li> <li>- As práticas do <i>organizing</i> privilegiam alguns objetivos estratégicos em detrimento de outros, proporcionando que os interesses de alguns constituintes organizacionais se sobrepassem a de outros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sincronizar programas de mudança de modo que as práticas de <i>organizing</i> são consideradas ao mesmo tempo em que novas práticas de <i>strategizing</i> são implementadas e vice-versa.</li> <li>- Evitar práticas inflexíveis de <i>strategizing</i> e <i>organizing</i>, que são demasiadamente rígidas para acomodar ajustes mútuos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se os gestores adotam uma abordagem reativa às demandas estratégicas e organizacionais, esperando para ver os resultados antes de ajustar as práticas, eles agravam o ciclo de <i>catch-up</i>.</li> </ul>
<b>D E S T R U T I V O</b>	A organização está em curso destrutivo, competindo entre demandas internas e externas, resultando no aumento na proliferação de interesses e objetivos mutuamente exclusivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As práticas de <i>strategizing</i> buscam responder a diferentes objetivos estratégicos, mas são tão pouco alinhados com a capacidade organizacional que não podem ser realizados.</li> <li>- As diferentes práticas de <i>organizing</i> surgem nas diferentes circunscrições, fragmentando a organização.</li> <li>- Cada grupo tenta realizar seus interesses por meio da apropriação dos recursos estratégicos da organização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimizar o pluralismo através da reestruturação em unidades menores ou mais discretas, em que cada um pode ter uma maior coerência de metas.</li> <li>- Identificar objetivos e interesses concorrentes e mapear os <i>trade-offs</i> e priorização que estes envolvem.</li> <li>- Reconhecer que a ruptura pode ser a solução mais viável.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajuste contínuo às múltiplas demandas internas e externas pode resultar na falta de foco em qualquer objetivo específico.</li> <li>- Tensões pluralistas podem ser incomensuráveis, de modo que a organização encontra-se sempre em um caminho destrutivo.</li> </ul>

Fonte: Jarzabkowski e Fenton (2006, p. 642).

Associação  
Negativa

As considerações e os conceitos apresentados indicam a existência de três princípios fundamentais decorrentes da discussão sobre o gerenciamento de associações entre *strategizing* e *organizing* em contextos pluralísticos, conforme segue (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006): as organizações não podem ser submetidas a um ritmo de períodos estáveis pontuados por períodos de mudança, mas deve ajustar-se continuamente às novas exigências internas e externas; as organizações devem manter-se independentes, abordando os vários pequenos desequilíbrios que surgem cotidianamente em contextos pluralísticos e fazendo ajustes mútuos em uma base contínua; e, o diálogo constante entre a alta administração e seus constituintes organizacionais é necessário com a finalidade de visualizar continuamente diferentes interesses e objetivos, possibilitando o estabelecimento de um consenso para resolvê-los.

Tendo em vista os conceitos abordados, foi elaborado o Quadro 4, a partir da literatura da ECP e sua fundamentação em estudos da prática no campo das ciências sociais.

Quadro 4 – Conceitos centrais para a definição das categorias de pesquisa

Conceito	Definição
Rotinas organizacionais – Jarzabkowski (2004).	Compreendem a estrutura social incorporada nos canais de comunicação das organizações, nas informações, e nas estratégias de resolução de problemas. Pode ser vista como uma “memória organizacional”, proporcionando determinados ritos e rituais de ação.
Comunicação interna – Fenton e Langley (2011)	Pode ser interpretada como sendo as narrativas e as interpretações de aspectos do mundo e ocorrem em determinado tempo, sendo moldados pela história ou cultura. Os praticantes interagem por meio de ações e conversas no processo de “fazer estratégia”.
<i>Strategizing</i> – Jarzabkowski e Fenton (2006)	Refere-se ao planejamento, a alocação de recursos, as práticas de monitoramento e controle pelos quais a estratégia é estabelecida.
<i>Organizing</i> – Jarzabkowski e Fenton, (2006)	A criação de práticas estruturais e processos de coordenação pelos atores internos da organização em questão, para que se estabeleça a identidade, a cultura e os interesses da empresa.
Contexto pluralístico – Jarzabkowski e Fenton (2006)	Contexto caracterizado por diversos objetivos e interesses de diferentes grupos, dentro e fora da organização.
Atores estratégicos – Whittington (2006) e Jarzabkowski e Whittington (2008)	São os praticantes, as pessoas com a atribuição de fazer, moldar e executar as estratégias. Podem ser consideradas tanto aquelas pessoas diretamente envolvidas no processo de fazer estratégia (gestores) quanto aqueles com influência indireta (decisores políticos).

Fonte: elaboração da autora.

O Quadro 4 sintetiza e apresenta os conceitos que permitiram identificar as categorias de análise desta pesquisa, que serão posteriormente discutidas na seção intitulada: Procedimentos Metodológicos.

### *2.1.5 Estudos empíricos no campo da ECP, com ênfase na mudança ou criação de novas práticas*

O campo de pesquisa da ECP é considerado relativamente recente, com origem nos anos 1990, porém é possível notar esforços para o estabelecimento de uma agenda de pesquisa com potencial para contribuir substantivamente com o entendimento da estratégia e verifica-se a existência de um corpo crescente de pesquisas empíricas (JARZABKOWSKI; SPEE, 2009). Nesta seção, serão apresentados estudos que pesquisaram a implantação de novas práticas em organizações de diferentes setores da economia.

Em estudo sobre a reconfiguração das práticas no campo da medicina, especificamente novas práticas de telemedicina que proporcionam consultas à distância por meio de ligações telefônicas a partir de uma estrutura tecnológica adequada, Nicolini (2007) utilizou os conceitos de “alongamento” (quando existe pressão sobre as práticas médicas atuais, que se tornam inapropriadas para as condições de trabalho) e “expansão” (redistribuição, reconfiguração de atividades existentes) para explorar o que acontece quando as práticas médicas são reconfiguradas espacial e temporalmente. Com a utilização dos princípios da teoria prática contemporânea e com a realização de um estudo longitudinal de três anos na Itália, o estudo investiga questões relacionadas à prática levantadas pela subversão dos princípios de proximidade que ainda caracteriza a prática médica. Os resultados do estudo mostram que para lidar com a expansão de seu trabalho, os praticantes tiveram que enfrentar três problemas principais:

- 1) redistribuir seu trabalho entre elementos humanos e não humanos;
- 2) reformular o modo como as atividades eram feitas; e
- 3) reconfigurar a relação entre todos os envolvidos no processo.

Este estudo mostrou que essa reconfiguração provoca mudanças mais profundas, incluindo a reformulação do objeto e conteúdo da atividade, o surgimento de novas identidades e a modificação de relações de poder dos envolvidos.

Em estudo sobre a consulta telecardiológica, ou seja, consulta médica à distância com um cardiologista, Gherardi (2010) analisou as práticas discursivas envolvidas em um mês de consultas, a fim de entender os efeitos dessa nova prática em um contexto de cuidados de saúde ocidental. A autora sugere que as tecnologias usadas (sistemas telefônicos, tecnologias de informação) não nascem “utilizáveis” ou “confiáveis” de maneira independente dos

usuários, pelo contrário, se tornam assim quando seu uso se institucionaliza como uma “prática” dentre tantas outras existentes. As consultas telecardiológicas são consideradas uma prática material-semiótica, em que as expertises social e material são combinadas para realizar uma nova forma de serviço de saúde que seja confiável.

Ainda na área médica, Maniatopoulos et al. (2015) realizaram um estudo de caso de três anos no Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, baseado na noção de “campo de práticas” (*field of practices*) de Theodore Schatzki. No estudo, os autores analisaram como as inovações tecnológicas são adotadas e incorporadas nas práticas de saúde, especificamente o *Breast Lymph Node Assay* que é uma nova tecnologia de diagnóstico para o tratamento do câncer de mama. Os resultados do estudo mostram uma visão integrada da adoção da tecnologia, em que o sucesso depende de como as organizações, usuários e tecnologias são configurados em ordens sociais, culturais e materiais, todos interligados entre si. Com isso, é reforçada a importância de se considerar o contexto mais amplo em que a adoção de tecnologias acontece, isto é, ir além dos limites da prática local e trabalhar com uma perspectiva que considere o campo dessas práticas inter-relacionadas. Finalmente, o estudo consegue explorar as reconfigurações tecnológicas por meio de experiências de diversas partes interessadas incluindo médicos, gestores e outros especialistas, fornecendo uma compreensão a partir de perspectivas diferentes e revelando os fatores profissionais, organizacionais e sociais que influenciam e moldam o processo de adoção da tecnologia.

No campo da culinária gourmet, Gomez e Bouty (2011) analisaram como determinadas práticas influentes emergem. Os autores utilizaram um modelo conceitual de Pierre Bourdieu com o objetivo de relacionar micro e macroelementos, ou seja, agentes e o campo em que atuam. Após vários anos de proximidade e pesquisas com a culinária e com chefes de elite, foi realizado o estudo do caso de Alain Passard, chefe de um restaurante francês cujas práticas exerceram grande influência na área. No ano de 2000, período de crise na indústria alimentícia e de preocupações com as doenças relacionadas à carne de vaca e de porco, ele alterou seu cardápio de maneira radical ao anunciar que grande parte das refeições seria composta de vegetais, livres de carnes.

Os resultados do estudo mostram a existência de uma sobreposição entre o agente e o campo no qual ele está inserido, pois o ato de cozinhar e criar de Passard não ocorre de maneira isolada dentro de sua cozinha, sua prática acontece no campo como um todo e abrange as possibilidades oferecidas pelo seu hábito e pela sua posição. Dessa forma, os resultados mostram que essa prática influente e pioneira criada por Passard surgiu a partir do encontro do seu hábito, do seu entendimento das regras e funcionamento da culinária gourmet

e de sua posição no contexto. Finalmente, o estudo mostra que estratégia pode ser inerente à ação e as ações podem ser consistentes e eficazes sem a existência de planos estratégicos.

No campo da educação, Ferreira et al. (2012) pesquisaram o contexto da educação à distância no Paraná, com a seleção de uma instituição pioneira no oferecimento desses serviços. Como objetivo, buscou-se analisar de que maneira as regras advindas do Ministério da Educação são traduzidas em práticas de estruturação e qualificação dos polos de apoio presencial em uma instituição de ensino à distância. Os autores verificaram que quando o campo ainda está em formação, como o da educação à distância, suas práticas ainda não se encontram legitimadas e como consequência, as organizações não as possuem como repertório. Devido às incertezas de um campo recente, as organizações preferem agir em conformidade com as regras advindas do contexto, ou seja, a estratégia como prática nos campos em estruturação seria a conformidade às regras. Assim, a norma, que nos setores maduros constitui um dos elementos da estratégia, naqueles mais recentes, passa a ser considerada a estratégia propriamente dita.

Em estudo sobre empresas incubadas pela Incubadora Tecnológica de Maringá (PR), Pereira et al. (2014) analisaram se o processo de formação da estratégia nessas empresas emerge conforme a concepção da estratégia como prática. Os autores enfatizam que a tendência à tomada de decisões, a flexibilidade e as novas informações permitem que as estratégias sejam formuladas de forma mais informal, remetendo a ideia de estratégia emergente. Entretanto, eles destacam a importância do planejamento estratégico no contexto das empresas brasileiras, que ainda situa nos discursos dos gestores como algo necessário. Ademais, suas análises indicam que a estratégia enquanto prática social encontra-se em conformidade com a realidade de mudanças, sendo de fácil percepção o processo de troca entre os campos intra e extra-organizacional.

Por conseguinte, é possível perceber as contribuições dos estudos sobre a implantação de novas práticas em diversos segmentos e contextos, como a medicina, culinária, educação e inovação. Esses estudos mostram que as possibilidades de pesquisas sobre a implantação de novas práticas se beneficiam de perspectivas teóricas distintas, também há a possibilidade de eleger diferentes categorias para a análise.

## **2.2 Saúde pública no Brasil e as políticas de implantação da Medicina Integrativa**

Esta seção apresenta o contexto sobre a saúde pública no Brasil e as informações sobre o SUS com a finalidade de compreender o contexto das práticas da medicina integrativa.



Também serão abordadas as definições e outros aspectos relacionados à medicina integrativa e à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), para que seja possível entender o processo de inserção dessas práticas no SUS, assim como as associações entre as práticas de *organizing* e *strategizing* nesse contexto.

### *2.2.1 Contexto da saúde pública*

O Brasil é organizado em um sistema político federativo com três esferas de governo, sendo elas a União, os Estados e os Municípios, considerados pela Constituição Federal de 1988, com autonomia administrativa e sem vínculo hierárquico. Esse sistema beneficia países com características heterogêneas, entretanto torna complexa a implantação de políticas sociais de abrangência nacional. No que tange às políticas de saúde, especificamente, se torna ainda mais difícil devido às particularidades inerentes à área, como a diversidade das necessidades básicas de saúde de cada indivíduo e as múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população (SOUZA, 2002).

No final do século 19, tanto no Brasil como no resto do mundo, o hospital era considerado um local aonde as pessoas pobres iam para morrer, e aqueles que tinham melhores condições eram atendidos em casa. Portadores de enfermidades como hanseníase ou problemas psiquiátricos eram segregados e o Estado tinha como atribuição questões mais gerais, relacionadas, por exemplo, à situação sanitária (VECINA NETO, 2012). Portanto, a história da saúde pública brasileira passa, necessariamente, pelo conceito de filantropia, pois essas intervenções feitas pelo Estado se limitavam a casos excepcionais como epidemias e ações de vacinação ou saneamento básico, e por isso a população era atendida por instituições e médicos filantropos (CARVALHO, 2013; FINKELMAN, 2002).

Com relação à conceituação da saúde pública, nota-se uma dificuldade de encontrar definições para o termo, o que pode ser compreendido pelas controvérsias que cercam o próprio conceito de saúde, que conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) seria “[...] o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição foi difundida em julho de 1948, na Conferência Internacional de Saúde em Nova Iorque e perdura até a atualidade. O conceito sofreu inúmeras críticas, principalmente por sua amplitude e pela ideia da saúde como algo ideal, inatingível e utópico (SEGRE; FERRAZ, 1997; SCLIAR, 2007). Por volta de 1920, a saúde pública podia ser compreendida como a arte de evitar a doença e de prolongar a vida.

A ciência e a arte de evitar a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e mental, e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade visando o saneamento do meio, o controle das infecções comunitárias, a educação do indivíduo nos princípios da higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento da doença, e o desenvolvimento dos mecanismos sociais que assegurarão a cada pessoa na comunidade o padrão de vida adequado para a manutenção da saúde (WISLOW, s. d. apud BUSS, 2009, p. 23).

A partir do início do século XX, outros conhecimentos foram introduzidos junto àqueles já existentes na saúde, em nível mundial. Eles permitiram que cada vez mais a prática da saúde pública se estruturasse como função fundamental do Estado moderno, tanto no campo da prevenção quanto no campo das vigilâncias epidemiológica e sanitária. Essas mudanças foram decisivas para a construção dos modelos predominantes de atenção à saúde vigente nos principais países desenvolvidos, sendo eles: o modelo da seguridade social e o modelo do serviço nacional da saúde. O primeiro é predominante em países europeus e é responsável pelas funções da previdência social, como a aposentadoria; assistência social, envolvendo desempregados e desvalidos; e a assistência médica. No segundo modelo, cujo exemplo mais acabado é a Inglaterra, o financiamento acontece por meio do orçamento público oriundo de tributos, os serviços de atenção primária são privados, sob forte regulação do Estado e a rede de hospitais é pública, embora tenham surgido hospitais privados sob contratos com o Estado (VECINA NETO, 2016).

No Brasil, as transformações na área da saúde envolvem uma mudança de foco, partindo do “individual” para “coletivo” e de “prevenção” para “promoção” da saúde (OLIVEIRA, 2000). O conceito de promoção da saúde foi abordado, em 1986, na I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, no Canadá, e pode ser entendido como a disponibilidade de meios para melhorar as condições sanitárias das pessoas e fazer com que elas exerçam maior controle sobre sua saúde. Nessa visão, as condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade (FILKELMAN, 2002). Para esse autor, as estratégias de promoção da saúde incluem a implantação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento de ações comunitárias, a reorientação dos serviços de saúde e o desenvolvimento de habilidades e capacidades individuais, promovendo possibilidades de escolhas e oportunidades para perseguir a saúde e o desenvolvimento.

Ainda no âmbito dessas mudanças, Arouca (2003) e Escrivão Junior (2012) abordam sobre a Medicina Preventiva, a partir da década de 1960. Essa nova orientação, proposta por Leavell e Clark a partir do conceito da história natural da doença de J. Ryle, emergiu como



uma reação à ideologia curativa da prática médica vigente, criticando as características inadequadas dessa prática para atender às necessidades da população. Esse movimento preventivista abriu uma contestação da prática médica nos seguintes níveis, detalhados por Arouca (2003):

- a) 1º nível – da ineficiência dessa prática curativa, desde que centralizou-se na intervenção terapêutica, descuidando-se da prevenção da ocorrência, causando o encarecimento da atenção médica e a redução de seu rendimento;
- b) 2º nível – da especialização crescente da medicina, fazendo com que o homem fosse cada vez mais reduzido a órgãos ou a estruturas, perdendo-se a noção de sua totalidade;
- c) 3º nível – de o conhecimento médico ser desenvolvido com um enfoque predominantemente biológico, desconsiderando aspectos de ordem psicológica e social, por exemplo;
- d) 4º nível – das relações da medicina com a comunidade, pois a medicina curativa, realizando-se dentro de um contexto individualista, desvinculou-se dos reais problemas de saúde da população, elegendo o raro como prioritário e esquecendo-se do predominante;
- e) 5º nível – da educação médica, que dominada pela ideologia curativa, estava formando profissionais que não atendiam as necessidades de atenção das comunidades.

Esse enfoque preventivo, por meio dessas críticas à prática curativa, propõe mudanças na estrutura da atenção médica, baseando-se principalmente na transformação da atitude médica para com o paciente, sua família e a comunidade (AROUCA, 2003).

Nesse sentido, é possível identificar pelo menos três padrões de pensamento nesse campo, construídos ao longo do tempo. O primeiro refere-se à saúde pública tradicional e caracteriza-se por um modelo teórico clínico, biomédico e tecno-centrado. Nessa visão o homem não é considerado objeto de ações sanitárias sem sujeitos, mas sim como agentes técnicos portadores de um conhecimento técnico positivo (norma sanitária) que deveria ser acatada por todos. Pautada na positividade e autoridade técnica, a saúde pública submetia todos às suas prescrições. O segundo é resultado da influência do pensamento social, sobretudo em sua vertente estruturalista histórica, sobre o pensamento biomédico, constituindo propriamente o campo da saúde coletiva. É aqui que a saúde pública incorpora o

social e ganha força política, aproximando-se das ideias de democracia e equidade. Finalmente, o terceiro entende que a saúde pública é subjetiva e de vocação antipositivista, acreditando que o modelo biomédico é ineficaz e enganador (CARVALHO, 1996; OLIVEIRA, 2000).

A complexidade do quadro sanitário brasileiro situa-se muito além das possibilidades explicativas de qualquer dos três padrões mencionados (CARVALHO, 1996; OLIVEIRA, 2000), por isso, a saúde pública pode ser entendida como um conjunto de práticas institucionalmente organizadas que visam promover a saúde da sociedade em geral.

O governo brasileiro começou a considerar a saúde como prioridade no começo do século XX, com a implantação da economia exportadora de café, no Sudeste do país. A melhoria das condições sanitárias, entendida então como dependente basicamente do controle das endemias e do saneamento dos portos e do meio urbano, tornou-se uma efetiva política de Estado, embora essas ações estivessem bastante concentradas no eixo agrário-exportador e administrativo formado pelos estados de São Paulo e Rio de Janeiro (FINKELMAN, 2002).

A partir de 1923, a saúde dos trabalhadores passou a ser ligada à previdência, passando a ser parte de um sistema para os mesmos, surgindo então o INPS (Instituto Social de Previdência Social). Posteriormente, foram realizados alguns esforços para criar um sistema que atendesse a toda população, mas com a ditadura iniciada em 1964, as propostas não se concretizaram (PAIM et al., 2011)

No início da década de 1970, começam a se cristalizar alguns direcionamentos na área acadêmica da saúde. As ideias de medicina social, de medicina preventiva e de integração docente assistencial dão forma a um debate no país, com influência da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Alguns importantes sanitaristas desse tempo começaram a organizar debates e reuniões sobre esses temas e a partir dessas discussões cresceu o projeto da reforma sanitária brasileira, concretizado posteriormente (VECINA NETO, 2016).

Nesse período crescia também o debate e o envolvimento de movimentos sociais, principalmente com a crise da previdência, em 1980. Foi esse movimento pela luta de um atendimento igualitário de saúde que foi chamado de Reforma Sanitária. A partir de então, nasceu o que se denominou Ações Integradas de Saúde (AIS), sendo aprimoradas em 1987 para Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), perdurando até 1991, quando se implantou o SUS (CARVALHO, 2013; SOUZA, 2002).

Ainda na década de 1990, destacam-se: a criação do Programa de Saúde da Família; a possibilidade de tratamento pelo SUS para portadores do vírus HIV; a regulamentação dos

planos de saúde privados; e a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. A partir dos anos 2000, acontece a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com o intuito de regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados. Também ocorreu a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, ambas de 2006; e a implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), criadas no ano de 2008 em municípios com populações acima de 100.000 habitantes (PAIM et al., 2011).

Nesse contexto, nota-se que os modelos de saúde pública não somente do Brasil, mas em todo o mundo, precisam lidar com as transformações sociais, políticas e científico-tecnológicas e estão sendo afetados por fatores diversos, conforme mencionado por Vecina Neto (2016):

- a) o envelhecimento da população, que gera mudanças no padrão de consumo dos serviços de saúde;
- b) alteração do perfil epidemiológico das populações como, por exemplo, a diminuição de enfermidades não infecciosas e o aumento da prevalência das enfermidades não transmissíveis;
- c) a difusão do conhecimento sobre novos medicamentos e tratamentos, gerando mudanças na disposição das pessoas em relação ao consumo de ações e serviços de saúde;
- d) a medicalização na sua concepção de coisificação do consumo de serviços médicos em busca de saúde, devido à sua banalização, a sua mercantilização;
- e) o corporativismo dos profissionais de saúde, levando a uma divisão do trabalho, que desconstrói a inter e transdisciplinaridade da ação em saúde e transforma o paciente em vítima de múltiplos profissionais;
- f) a revolução tecnológica em curso, que proporciona cada vez mais alternativas, porém, sem necessariamente abandonar as anteriores, e com custos crescentes;
- g) a busca da equidade, ou seja, de uma situação em que todos possam ter acesso a tudo dentro de suas necessidades com financiamento estatal.

Todos esses eventos impactam diretamente o processo de atenção à saúde devido à maior procura pelos serviços, à busca de mais qualidade, e aos custos crescentes em decorrência da maior demanda e qualidade dos serviços.

### *2.2.2 O Sistema Único de Saúde no Brasil*

A Constituição Federal brasileira, instituída em 1988, reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado e estabeleceu a base para a criação do SUS. Esse reconhecimento constitucional do direito à saúde só foi possível após a longa luta política e à atuação do Movimento pela Reforma Sanitária (PAIM et al., 2011).

De acordo com o art. 194 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), “[...] a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, e compete ao poder público a universalidade no atendimento, a uniformidade dos benefícios, a distributividade na prestação dos serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios, a equidade, a diversidade e o caráter democrático. Dessa forma, a Constituição Federal, juntamente com as Leis n. 8.080/1990 e 8.142/1990 (BRASIL, 1990b, 1990c) compõem o arcabouço legal da saúde, que compreende o SUS como sendo organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde (PAIM, 2015).

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a oferecer assistência integral e gratuita para toda a população (SOUZA, 2002). O Ministério da Saúde definiu o SUS como “[...] uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde” (BRASIL, 1990a), reforçando seus princípios e diretrizes que envolvem a universalidade no acesso e igualdade na assistência; a integralidade na assistência; a participação da comunidade; e a descentralização, regionalização e hierarquização de ações de serviços de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

O acesso universal e igualitário aos serviços para a promoção, proteção e recuperação, tal como previsto na Constituição, permite, então, desenvolver uma atenção integral à saúde. Em vez de se limitar a uma assistência médica curativa, o direito à saúde no Brasil se estende à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção da saúde. Por isso, as ações e serviços de saúde são de relevância pública (PAIM, 2015).

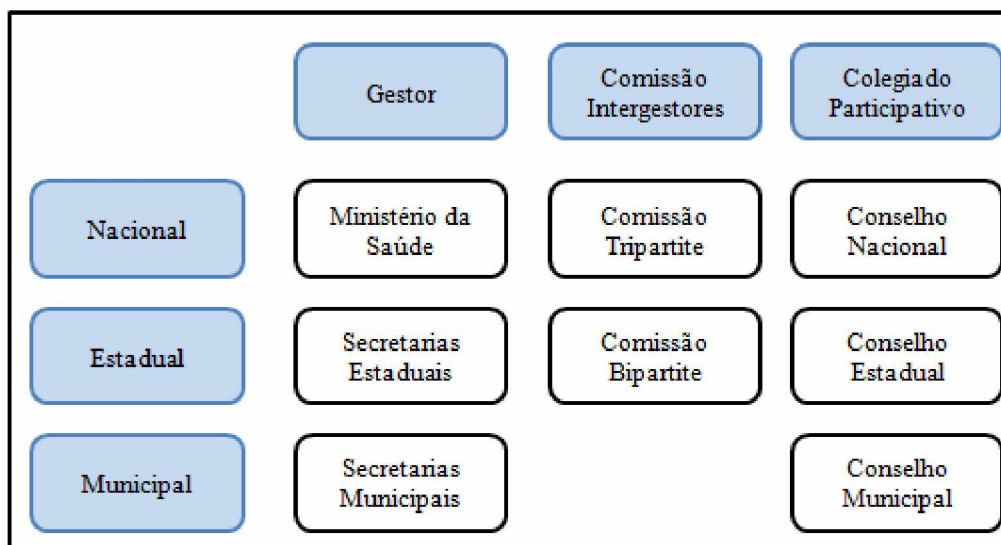
A esfera federal ainda é responsável pela maior parcela do financiamento do SUS, porém a participação dos municípios é crescente. A subdivisão de recursos, transferidos para estados e municípios, o passou a ocorrer a partir de março de 1998 com a Portaria n. 2.121/GM que implantou o Piso da Atenção Básica (PAB) e separou os recursos para o financiamento da Atenção Básica e para o financiamento da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial (BRASIL, 1998). Cada município tem seu PAB mensurado

tomando como base um valor per capita transferido de forma automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde (SOUZA, 2002).

Esta descentralização político-administrativa visa conferir autonomia relativa aos governos na elaboração de suas políticas próprias, se justificando por promover a democratização, melhorar a eficiência e os mecanismos de prestação de contas, assim como o acompanhamento das políticas públicas (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A estrutura decisória do SUS (Figura 6) pressupõe uma articulação entre a atuação dos gestores, comissões e colegiados nas diferentes esferas de governo. Os gestores são representados pelas entidades responsabilizadas por fazer com que o SUS seja implantado e funcione adequadamente conforme as diretrizes doutrinárias, da lógica organizacional e seja operacionalizado de acordo com seus princípios. Eles são representados, no âmbito nacional, pelo Ministro de Saúde; no âmbito estadual, pelo Secretário de Estado de Saúde; e, no âmbito municipal, pelo Secretário Municipal de Saúde.

Figura 6 – Estrutura organizacional do SUS



Fonte: Souza (2002, p. 36).

Em relação às atribuições, os gestores do nível municipal são responsáveis pela programação, execução e avaliação das ações de promoção e recuperação da saúde, sendo este o maior responsável pelas ações da população de seu município. Às Secretarias Estaduais competem a articulação e consolidação de planos de investimentos, a gestão e controle do sistema de referências intermunicipais, coordenação da rede estadual de alta complexidade. Finalmente, o nível federal tem como atribuição liderar as ações de saúde anteriormente citadas e identificar as necessidades em diversas regiões para buscar melhorias na qualidade

de vida da população brasileira. É responsável também por funções como planejamento, financiamento e controle do SUS (BRASIL, 1990a).

O Ministério da Saúde é o principal responsável pela estratégia nacional do SUS – planejamento, controle, avaliação e auditoria – bem como pela promoção da sua descentralização. Ao Ministério também cabe a definição e a coordenação dos serviços assistenciais de alta complexidade, redes nacionais de laboratórios e de sangue em nível nacional. Uma terceira missão exclusiva do poder central é a regulação do setor privado, mediante a elaboração de normas, critérios e valores para remuneração dos serviços, bem como de parâmetros de cobertura assistencial. A Secretaria de Estado está encarregada de planejar, programar e organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços. O modelo original do SUS concede protagonismo ao município, assim sendo, à Secretaria Municipal, além da gestão e execução das ações e serviços públicos de saúde, são confiados o seu planejamento, organização, controle e avaliação, inclusive a gestão dos laboratórios públicos de saúde e dos hemocentros. O poder municipal também é exercido na celebração de contratos e convênios, controle, avaliação e fiscalização das atividades de iniciativa privada (FINKELMAN, 2002).

A forma de rede regionalizada possibilita a distribuição dos estabelecimentos de saúde (ambulatórios, laboratórios, hospitais) em um dado território, de modo que os serviços básicos estejam mais descentralizados e os serviços especializados se apresentem mais concentrados e centralizados. Assim, tanto as ações quanto os serviços de saúde podem ser organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir atendimento integral à população e evitar fragmentação das ações em saúde. Além disso, essa regionalização representa a articulação entre gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde, garantindo o acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde. Significa organizar os serviços de saúde em cada região com vistas a ampliar o acesso da população aos atendimentos oferecidos (PAIM, 2015).

Desde a criação do SUS pode-se notar a inclusão de um grande número de pessoas que passaram a ter acesso à saúde (Quadro 5).



Quadro 5 – Comparativo da assistência à saúde antes e depois do SUS

Antes de 1988	A partir de 2009
O sistema público de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social, portanto quem não tinha dinheiro ficava dependente da caridade e filantropia.	O sistema público de saúde é para todos, sem discriminação. A atenção integral à saúde é um direito, desde à gestação.
Centralizado e de responsabilidade federal, sem participação dos usuários.	Descentralizado, municipalizado e participativo, com mais de 100 mil conselheiros de saúde.
Assistência médico-hospitalar.	Promoção, proteção, recuperação e reabilitação.
Saúde é ausência de doenças.	Saúde é qualidade de vida.
30 milhões de pessoas com acesso aos serviços hospitalares.	Mais de 152 milhões têm no SUS o seu único acesso aos serviços de saúde.

Fonte: Brasil (2009).

Com relação à atenção na saúde, é possível notar três níveis de assistência: o primário, o secundário e o terciário. O primário é onde se encontra a Atenção Básica e o Programa Saúde da Família. Esse nível engloba um conjunto de ações que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (PAIM, 2015; ESCRIVÃO JUNIOR, 2012). É nesse nível que as PICS se encontram inseridas, visando, primordialmente, a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Já o nível secundário, ou média complexidade, é composto por ações e serviços que buscam atender aos principais problemas de saúde da população (Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento – UPA), cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e recursos tecnológicos. Finalmente, o nível terciário, ou alta complexidade, refere-se àqueles procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como por exemplo, cardiologia e oncologia (PAIM, 2015).

Essa diferenciação foi criada pelo Governo com o intuito de reduzir a superlotação em hospitais, pois ao estabelecer estratégias para cada nível, o atendimento aos usuários seria mais rápido e eficaz. Entretanto, a capacidade de resolução do sistema não é notada e um dos fatores causadores dessa ineficiência é a falta de clareza quanto ao tipo de serviço que deve ser procurado em cada tipo de estabelecimento: UBS, PSF, UPA (SOUZA et al., 2013). Esse desafio é citado também por Rodrigues et al. (2012), que enfatiza a importância de uma maior divulgação do PSF e do seu fortalecimento como porta de entrada no SUS.

Outro desafio identificado na sociedade brasileira, destacado por Vecina Neto e Malik (2012) é o da inclusão social. Na área da saúde, essa inclusão se traduz por acesso universal,

integral e com qualidade. Esses desafios têm como consequência a necessidade do enfrentamento da equação do financiamento, o que deverá ser feito com mais recursos, mas, acima de tudo com inovações. O autor cita algumas ações do nível macro que devem ser consideradas para a melhoria do sistema de saúde público atual, são elas:

- 1) reforma política: tornar mais transparente as relações da política com o Estado e com a sociedade;
- 2) reforma fiscal: redesenhar as funções e obrigações dos três entes da federação, pois a Constituição de 1988 proporcionou autonomia aos municípios, porém não ofereceu instrumentos políticos para a gestão;
- 3) reforma tributária: o Estado deve estar mais bem financiado para induzir as ações que geram inclusão;
- 4) reforme administrativa: busca do equilíbrio sobre a participação do Estado. Ele é necessário, e seu papel é regular as relações do privado com a sociedade e delimitar o espaço do particular.

As atividades supracitadas referem-se a ações de nível macro, e para que se concretizem é preciso que se crie um modelo de Estado mais dinâmico, com uma burocracia estável e reconhecida pela sociedade. A seguir serão brevemente apresentadas as micro ações (VECINA NETO; MALIK, 2012):

- 1) autonomia de gestão: necessidade de maior autonomia, modelo atual possui amarras que impedem a ação do dirigente, sendo ineficiente e ineficaz;
- 2) barreiras ao clientelismo: profissionalização da gestão, clareza quanto aos requisitos de preenchimento de cargos e transparência com relação às carreiras;
- 3) profissionalização: todos os atores dos serviços de saúde possuem sua missão, e seu cumprimento requer conhecimento e informação sobre mudanças técnicas e organizacionais;
- 4) busca contínua da eficiência: conhecer/aprimorar os processos, para que melhores resultados sejam alcançados;
- 5) aferição de resultados e disposição para avaliação: redefinição de resultados para indicadores que tenham significado;
- 6) humanização, acolhimento, novos modelos de organização do trabalho, reduzindo a fragmentação da assistência: tentativa de oferecer mais do que cuidados com qualidade técnica;



- 7) modelo de incorporação de tecnologia baseado em evidência: verificar se é ou não justificável a incorporação de tecnologias, tanto assistenciais quanto administrativas;
- 8) capacitação permanente;
- 9) valorização da criatividade e inovação: estímulo da aceitação do novo;
- 10) planejamento contínuo e de longo prazo: é fundamental para desenhar os rumos da organização, para que ela cumpra seus propósitos e gere valor;
- 11) flexibilidade e capacidade adaptativa;
- 12) transparência;
- 13) capacidade de desenvolver parcerias, particularmente entre o estatal e o privado dentro do espaço público;
- 14) uso intensivo de Tecnologia da Informação;
- 15) compromisso com a qualidade: uma organização de saúde comprometida com a qualidade olha para seus processos, analisa seus resultados e não se satisfaz com o que já foi alcançado.

A partir deste panorama do atual sistema de saúde, contemplando o que a população já conquistou e as necessidades de melhoria nos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos, torna-se relevante para esta pesquisa abordar um dos aspectos das mudanças: uma nova política terapêutica. Uma política terapêutica que busca respeitar a diversidade de escolhas e vontades, que surge como forma de superar os modelos marcados por verdades técnicas e prescrições técnicas, que concebem os indivíduos como meros coadjuvantes (CARVALHO, 1996). Esta nova política de saúde, chamada Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, vem sendo adotada de maneira gradual pelas unidades básicas de atendimento à saúde e pode provocar mudanças nas relações entre indivíduos e saúde.

### *2.2.3 A Medicina Integrativa e as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*

As discussões em torno da MI não são recentes e têm sido incorporadas por diversas disciplinas ao longo dos anos. O que ocorreu foi seu esquecimento, principalmente com a intensificação da biomedicina (RAKEL, 2012). Entretanto, tem se notado atualmente que as pessoas estão voltando sua atenção para a MI, com um maior interesse por suas práticas devido a fatores como a deterioração da relação médico-paciente, ao uso excessivo de

tecnologia e à inabilidade do sistema médico atual de tratar doenças crônicas de maneira adequada (RAKEL, 2012).

Desde o final do século XX, tem sido crescente também a preocupação com o estilo de vida, parte da população passou a frequentar academias e/ou realizar exercícios físicos ao ar livre, e a buscar uma alimentação saudável, ao invés de *fast food*, e a considerar os impactos de seu estilo de vida sobre o meio ambiente (ANDRADE; COSTA, 2010). A população começou a perceber que a saúde e a cura vão além do uso de pílulas e cirurgias, passando a dar mais atenção aos tratamentos menos invasivos como, por exemplo, a nutrição, as plantas medicinais e a meditação, negligenciados durante a explosão da ciência médica e da tecnologia. A maior aceitação e a busca por essas práticas também faz com que o número de profissionais que atuam nessa área esteja em expansão e proporciona a criação de instituições especializadas, como o *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), criado na década de 1990 nos Estados Unidos (ANDRADE; COSTA, 2010; NCCAM, 2015; RAKEL, 2012).

Com essa mudança no entendimento da saúde por parte da sociedade, a promoção de um estilo de vida mais saudável começou a ser debatido e ensinado como uma nova cultura da saúde, que visa a promoção de um diálogo mais amplo e integral, diferindo do modelo atual que é pautado nas especialidades e fragmentação do conhecimento (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012). Assim, as discussões sobre esse tema se expandiram e com isso começaram a surgir diferentes nomenclaturas para tratar das práticas médicas não convencionais, por isso, antes de conceituar a medicina integrativa, cabe fazer um breve esclarecimento sobre os termos que são usados nesse contexto.

No final da década de 1980, nos Estados Unidos e no Reino Unido, adotou-se a nomenclatura “Medicina Complementar” remetendo a algo que sucede o elementar ou que seja um complemento. Atualmente o NCCAM (2015) esclarece as atribuições dos termos “complementar”, “alternativa” e “integrativa” da seguinte forma:

- a) se qualquer prática não convencional é utilizada em conjunto com a medicina convencional, esta é considerada “complementar”;
- b) se qualquer prática não convencional for usada em detrimento da medicina convencional, então esta é “alternativa”;
- c) a denominação “integrativa”, de maneira geral, envolve trabalhar de maneira conjunta as abordagens complementares e alternativas de maneira coordenada.

Ao realizarem uma ampla revisão bibliográfica no período de 1996 a 2005, Otani e Barros (2011) analisaram diversos conceitos de medicina alternativa complementar (MAC) e MI, verificando que a MAC é parte da MI. As definições analisadas envolvem a integração da medicina convencional com as formas alternativas de medicina, a combinação de antigos sistemas de cura com biomedicina, a valorização da relação entre médico e paciente, a consideração da pessoa por inteiro e um enfoque na saúde, na cura e na prevenção de doenças (OTANI; BARROS, 2011).

A MI requer uma mudança de paradigma, que tem sido dominado pela biomedicina. Quando a doença é enfatizada, como ocorre no modelo atual, a experiência do indivíduo de estar doente e o contexto social da doença são negligenciados (MAIZES, 1999; GAUDET, 1998). Portanto, o modelo da MI pode ser compreendido como oposto ao modelo biomédico, pois a biomedicina busca investir no desenvolvimento da dimensão diagnóstica com profunda explicação biológica e quantitativa, já a MI aprofunda-se nas explicações dadas por teorias do estilo de vida e ambiental (OTANI; BARROS, 2011).

A MI irá auxiliar o paciente a considerar o significado da doença para si próprio, o que pode ser um agente poderoso de mudança e cura. Ela foca nas necessidades de cada indivíduo por meio de questões do tipo: “O que você ama? O que lhe dá força em momentos difíceis? O que lhe proporciona propósito ou significado para a vida?”. Esses questionamentos são importantes, pois conseguem proporcionar melhor entendimento dos valores do paciente, assim como do contexto em que ele vive, possibilitando o desenho de um tratamento único. Além disso, a prevenção é prioridade, destacando-se, assim a atividade física, a nutrição, os exames de prevenção, o gerenciamento do estresse e a espiritualidade (MAIZES, 1999).

Considerando os aspectos dessa abordagem, a Medicina Integrativa pode ser compreendida como uma abordagem que considera uma variedade de influência que podem acometer a saúde do indivíduo.

É uma abordagem de cuidado que coloca o paciente no centro e aborda uma gama de influências física, emocional, mental, social, espiritual e ambiental que afeta a saúde da pessoa. Empregando uma estratégia personalizada que considera as condições, necessidades e circunstâncias únicas do paciente, ela usa as intervenções mais adequadas a partir de uma matriz de disciplinas científicas para curar doenças e ajudar as pessoas a recuperar e manter uma saúde ótima (BRAVEWELL, 2011, p. 1).

A Medicina Integrativa, além de considerar as diversas influências na saúde e colocar o paciente no centro da relação médico-paciente, também tem como foco os métodos menos invasivos e menos tóxicos.

Medicina Integrativa é orientada para a cura e enfatiza a centralidade da relação médico-paciente. Foca nos métodos menos invasivos, menos tóxicos e menos custosos para auxiliar a saúde por meio da integração de terapias alopáticas e complementares. Essas terapias são recomendadas baseando-se em um entendimento dos aspectos emocional, psicológico e espiritual do indivíduo (RAKEL, 2012, p. 6).

Dentro dessa abordagem da MI, encontram-se as PICS, que serão abordadas em seguida. De acordo com o Departamento de Atenção Básica, o campo dessas práticas contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, utilizando-se de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio social. Outros pontos compartilhados por nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

Tendo em vista os aspectos teóricos em torno da MI, destaca-se a PNPIC, que teve início nas recomendações de Conferências Nacionais de Saúde e da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2006). Em documento publicado em 2013 a Organização Mundial da Saúde seleciona alguns exemplos considerados notáveis no que se refere a iniciativas relativas à MI e dentre eles está o Brasil, juntamente com os Estados Unidos e Canadá, na região da América (WHO, 2013). Uma síntese dos marcos que possibilitaram a institucionalização dessa política no Brasil é apresentada no Quadro 6.

Quadro 6 – Breve histórico da implantação da PNPIC no Brasil

Ano	Acontecimento
1985	Convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), Fiocruz, Universidade Estadual do Rio de Janeiro e Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde.
1986	Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada um marco para a oferta da PNPIC que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde.
1988	Fixação de normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterapia por meio das Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan).
1996	10ª Conferência Nacional de Saúde: aprovação da incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a Fitoterapia, Acupuntura e Homeopatia.
1999	Inclusão das consultas médicas em Homeopatia e Acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (BRASIL, 1999).
2003	Constituição de Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) ou apenas MNPC no SUS (atual PNPIC).
2006	Publicação da Política Nacional de Práticas Alternativas e Complementares (PNPIC) pelo Ministério da Saúde.
2009	Resolução SES-MG n. 1.885, de 27 de maio de 2009 que aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (MINAS GERAIS, 2009).
2013	Lei n. 11.309, de 18 de fevereiro de 2013 que autoriza a criação do programa municipal (Uberlândia) de práticas integrativas e complementares de saúde (UBERLÂNDIA, 2013a).

Fonte: elaboração da autora com base em Brasil (2006) e PICSUDIMG (2016)

Particularmente, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, se constituiu um importante acontecimento no campo da saúde brasileira devido ao seu caráter democrático e à possibilidade de participação popular. Essa conferência contribuiu com o entendimento de prevenção e proteção para a saúde, diferente da concepção do modelo centrado na doença. Em seu relatório final, foi aprovada a introdução de práticas alternativas de saúde, dando ao usuário a possibilidade de escolher aquela mais apropriada para as suas necessidades (SANTOS et al., 2009).

Em 2006, o Ministério da Saúde publicou o documento que trata sobre a PNPIC no SUS. A implementação dessas políticas foi definida levando em consideração a crescente legitimação desse tipo de prática pela sociedade e sua aplicação envolve, dentre outros, aspectos econômicos (crescimento econômico), políticos e sociais (aumento da escolaridade da população e melhoria da qualidade de vida) (BRASIL, 2006).

A PNPIC se baseou nos princípios e diretrizes gerais do SUS, mantendo conformidade com os princípios da Atenção Básica que é caracterizada pelo conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação sócia (BRASIL, 2006).

Portanto, foi a partir da PNPIC, em 2006, que se institucionalizou o oferecimento das seguintes práticas pelo SUS: Acupuntura (prática da Medicina Tradicional Chinesa), Homeopatia, Fitoterapia, Crenoterapia e Medicina Antroposófica. Além dessas práticas da PNPIC, a Resolução e Lei Municipal, que serão tratadas adiante, trazem também o Reiki, as Práticas Corporais, os Florais de Bach, dentre outras, conforme Quadro 7.

A PNPIC reconhece que a efetiva implantação dessas “novas” práticas de saúde nas unidades de saúde e oferta dessas para a população contribui para a ampliação da **corresponsabilidade** dos indivíduos pela saúde, aumentando do exercício da cidadania. Ademais, é enfatizado que a melhoria e ainda o incremento de diferentes tipos de abordagens é prioridade do Ministério da Saúde, para que seja possível oferecer opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS (BRASIL, 2006).

Além da corresponsabilidade, implica também a ampliação da liberdade de escolha, o que também contribui para o exercício da cidadania. Uma breve descrição dessas novas práticas é apresentada no Quadro 7.

Quadro 7 – Descrição das PICS

<b>Prática da Medicina Integrativa</b>	<b>Definição</b>
<b>Acupuntura</b>	Conjunto de procedimentos terapêuticos que fazem parte da Medicina Tradicional Chinesa e permite o estímulo de locais anatômicos na pele por meio da inserção de finas agulhas metálicas para proteção, restauração e promoção da saúde.
<b>Práticas Corporais</b>	É um dos pilares da Medicina Tradicional Chinesa e tem como objetivo fortalecer a saúde, prevenir e tratar desequilíbrios, de modo que o praticante se torne cada vez mais perceptivo de seu poder interior de cura e prevenção da sua saúde como um todo. Existem vários tipos de exercícios, podendo ser em forma de ginástica, alongamentos, automassagem, ou movimentos arredondados, imitando fenômenos atmosféricos ou animais. Os gestos são praticados lentamente para desenvolver consciência e presença.
<b>Homeopatia</b>	É um sistema de saúde complexo, de caráter holístico, baseada no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes (enunciado por Hipócrates no século IV a.C.). O tratamento envolve o processo de diluições seguidas de sucussões e/ou triturações sucessivas de fármaco, em insumo inerte adequado, com a finalidade de desenvolvimento do poder medicamentoso.
<b>Plantas Medicinais/Fitoterapia</b>	A Fitoterapia é caracterizada pela utilização de plantas medicinais, em suas diferentes formas farmacêuticas, no tratamento e prevenção de doenças. Utiliza o extrato total da planta, sem adição de substâncias ativas isoladas. Os medicamentos são obtidos empregando-se exclusivamente matérias-primas ativas vegetais.
<b>Termalismo Social/Crenoterapia</b>	Tratamento pelas águas minerais. O acesso a estabelecimentos termais para fins preventivos, terapêuticos e de manutenção da saúde.
<b>Medicina Antroposófica</b>	Está entre os sistemas terapêuticos naturais que tratam os desequilíbrios de saúde. Considera que o ser humano possui uma essência sutil, energética, não material, que transcende a organização físico-biológica. De acordo com esse princípio, os agentes externos apenas causam doenças quando existe um desequilíbrio interno. Técnicas simplificadas e ênfase nas forças curativas do próprio organismo, com medicamentos naturais, orientação alimentar e cuidados gerais com a saúde são a base de sustentação da antroposofia.
<b>Reiki</b>	É uma terapia que atua na reposição e equilíbrio da energia vital de todo ser vivo. Foi idealizado pelo japonês Mikao Usui no ano de 1922 na cidade de Kyoto, Japão. Sua intenção foi a de criar um método simples de cura administrado por meio do toque das mãos.
<b>Florais de Bach</b>	É uma terapia criada entre 1928 e 1936 por Edward Bach e tem como objetivo o equilíbrio das emoções do paciente. Busca diminuir ou eliminar o estresse, depressão, pânico, cansaço físico ou mental, dentre outras preocupações presentes. As essências florais não são reconhecidas pela OMS como um sistema de cura. Sua base é a utilização dos mesmos extratos àqueles da homeopatia, no entanto, eliminam todo o princípio ativo que compõem esses extratos, sobrando apenas o solvente (conhaque ou vinagre de maçã).

Fonte: Brasil (2006; 2013)

Após a institucionalização da PNPIC pelo Governo Federal, ocorreu a Resolução de aprovação das práticas integrativas no estado de Minas Gerais; e posteriormente, a Lei e o Decreto específicos da cidade Uberlândia, quais sejam: Lei n. 11.309 de 18 de fevereiro de 2013 e Decreto n. 14.597 de 27 de dezembro de 2013 (UBERLÂNDIA, 2013a, 2013b). A lei autoriza o município de Uberlândia a criar o Programa Municipal de Práticas Integrativas e



Complementares em Saúde – PMPICS, atendendo aos termos das Políticas Estadual e Federal de Práticas Integrativas e Complementares. A lei estabelece as diretrizes estratégicas relativas às PICS no município, conforme Quadro 8.

Quadro 8 – Estratégias relativas às PICS conforme PMPICS

Estratégia	Meios para alcançá-la
Estruturação, elaboração de normas técnicas e coordenação das PICS na rede de saúde do município	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estruturar e manter a Coordenação Municipal de PICS como responsável técnica pelas ações da PMPICS em Uberlândia, contemplando referências técnicas para cada área das PICS;</li> <li>• Implantar ações e fortalecer iniciativas existentes que venham contribuir para o acesso às PICS;</li> <li>• Promover o acesso aos medicamentos, insumos e equipamentos necessários à PMPICS.</li> </ul>
Elaboração de normas e manuais técnicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar normas técnicas com protocolos e “linhas guias” como documento direcionador, orientando e unificando o exercício das PICS.</li> </ul>
Promoção e articulação intersetorial para a efetivação da PMPICS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações;</li> <li>• Fomentar a articulação com demais políticas públicas em Uberlândia;</li> <li>• Promover articulação com instituições de ensino e pesquisa.</li> </ul>
Estímulo à pesquisa nas PMPICS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar a pesquisa específica nas PICS;</li> <li>• Promover a criação de convênios com instituições de fomento à pesquisa.</li> </ul>
Implementação das diretrizes da educação permanente em consonância com a realidade <i>in loco</i> municipal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualificar e capacitar de recursos humanos;</li> <li>• Promover educação permanente dirigida a profissionais da rede não ligados às PICS em caráter informativo e instrutivo;</li> <li>• Realizar anualmente um Fórum Municipal para as PICS;</li> <li>• Participar de fóruns nacionais e internacionais para as PICS.</li> </ul>
Estabelecimento de instrumentos para o acompanhamento e a avaliação do impacto das PMPICS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar indicadores específicos para medir o impacto da nova política no município;</li> <li>• Elaborar indicadores específicos para o estudo da população usuária;</li> <li>• Monitorar esses indicadores;</li> <li>• Criar um banco de dados municipal para divulgação de dados de pesquisa.</li> </ul>
Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgar as PICS;</li> <li>• Promover fóruns técnico-científicos;</li> <li>• Promover intercâmbio com outros municípios, estados ou países com experiência em PICS.</li> </ul>
Divulgação da PMPICS no município	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgar e informar os conhecimentos básicos das PMPICS;</li> <li>• Inserir as PICS nas campanhas publicitárias;</li> <li>• Incluir os eventos das PMPICS na agenda municipal de eventos da Secretaria Municipal de Saúde.</li> </ul>
Fortalecimento da participação social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a criação de associações de usuários;</li> <li>• Promover o uso racional de medicamentos homeopáticos e antroposóficos, plantas medicinais e fitoterápicos no SUS, fazendo cumprir os critérios de qualidade, eficácia e segurança, de acordo com legislação vigente.</li> </ul>
Coordenação da assistência para o uso de plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos e antroposóficos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar referência técnica em Assistência farmacêutica na Coordenação Municipal das PICS;</li> <li>• Elaborar uma relação de medicamentos homeopáticos e antroposóficos, plantas medicinais e fitoterápicos a ser pactuada na CIB para integrar a lista municipal de medicamentos para atenção básica;</li> <li>• Estudar e promover a qualidade.</li> </ul>

Fonte: adaptado de Uberlândia (2013a).



O Decreto nº. 14.597 dispõe sobre o Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. Conforme consta no Art. 1º Inciso 2º:

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde contemplam ações de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, observando-se os preceitos legais e os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, acessibilidade e seu uso racional, e a necessária abordagem de modo integral e dinâmico do processo saúde-doença, no ser humano e na sociedade (UBERLÂNDIA, 2013b).

Desse modo, este programa municipal atende a PNPIC e tem como principais objetivos a ampliação da oferta dessas práticas de maneira segura, eficaz e integral; o fortalecimento da assistência farmacêutica em PIC; o incentivo da pesquisa e inovação no que se refere a essas práticas; o estímulo do autocuidado e do interesse pela melhoria da qualidade de vida; implantação e coordenação do centro de referência técnica em práticas integrativas e complementares em saúde; e a criação de uma Comissão Consultiva de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde do Município de Uberlândia.

Desde 2006, estudos têm investigado o interesse e a aceitação dos profissionais de saúde pelas PIC e pela MI (NAGAI; QUEIROZ, 2011; MACHADO; CZERMAINSKI; LOPES, 2012; ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012) e o conhecimento das práticas por usuários e profissionais (FONTANELLA et al., 2007; PEREIRA; VILLELA, 2008; LOCHNECKEL; CARMIGNAN; CREPALDI, 2010; LIMA; SILVA; TESSER, 2013).

Em estudo sobre as percepções de coordenadores de unidades de saúde de Porto Alegre (RS), Machado, Czermainski e Lopes (2012) mostraram a necessidade de capacitação dos trabalhadores da rede do SUS sobre as terapias integrativas e complementares, assim como a importância de se explorar a temática em espaços que proporcionem esclarecimentos conceituais de cada prática entre os profissionais. Ademais, os autores concluem que tanto os coordenadores de saúde quanto os usuários buscam terapias que melhorem seu quadro de saúde, demonstrando, assim, a existência de uma boa perspectiva de aceitação da implantação da fitoterapia no município em questão.

Com o objetivo de investigar os conhecimentos e as representações sociais de gestores e profissionais da saúde sobre as PIC no SUS, Ischkanian e Pelicioni (2012) realizaram uma pesquisa em uma Unidade Básica de Saúde e em um Ambulatório de Especialidades na cidade de São Paulo (SP). Os resultados encontrados mostraram que os gestores ainda não estavam preparados para a implantação da PNPIC, sendo que a maioria dos entrevistados (81%) não tinham conhecimento da mesma. O estudo também mostrou que o modelo biomédico é preponderante nos atendimentos, que o fornecimento de materiais e insumos usados em

algumas PIC tem sido um problema na unidade e que a divulgação das PIC não tem sido satisfatória a ponto de ser conhecida por profissionais e usuários. Ademais, foi visto que nem todos os profissionais que atuavam no Ambulatório de Especialidades onde as PIC têm sido valorizam essas atividades. Os autores enfatizam, então, que as Práticas Integrativas e Complementares não têm ocupado o papel que deveriam dentro do SUS para a promoção da saúde.

Em outro estudo realizado na cidade de Campinas (SP) sobre as representações sociais de profissionais atuantes na área da saúde sobre a introdução de práticas médicas alternativas e complementares, Nagai e Queiroz (2011) verificaram que o sucesso na implementação dessas práticas se deu principalmente devido a quatro elementos:

- a) a disposição dos usuários, que dão apoio e demandam por este tipo de serviço;
- b) a visão de saúde dos médicos sanitaristas, que se mostram receptivos a projetos dessa natureza;
- c) o apoio proveniente de profissionais de saúde que não são médicos, que tem como propósito valorizar e ampliar a sua prática; e
- d) a própria perspectiva das medicinas alternativas e complementares, que se encontra em sintonia com a ênfase na saúde proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao analisarem o conhecimento, o acesso e a aceitação das práticas da MI por uma comunidade usuária do SUS na cidade de Tubarão (SC), Fontanella et al. (2007) mostraram que existia pouco conhecimento e acesso da população a essas práticas, apesar de apresentarem interesse e aceitação por essas. Os autores observaram também que é comum a utilização dessas terapias não convencionais sem o acompanhamento de um profissional especializado, o que, juntamente ao baixo acesso da população, demonstra a carência de profissionais de saúde capacitados para atender esta demanda.

Em outro estudo, a implantação de práticas integrativas e complementares foi analisada em um serviço de referência de Belo Horizonte (MG) por Lima, Silva e Tesser (2013). Os autores analisaram a relação entre a promoção da saúde e a inserção dessas práticas pelo SUS. Os resultados indicaram que oficinas de memória e dança sênior eram consideradas práticas integrativas e complementares, porém a classificação da PNPIC não as especifica. Desse modo, verifica-se que a indefinição do escopo do que se compreende como PIC dentro da PNPIC é identificada como uma dificuldade e um desafio para inserção dessas práticas no SUS. Apesar de ter trazido visibilidade a essas práticas a PNPIC não deixa claro o

que pode ser registrado como PIC, fazendo com que os profissionais façam o seu registro separadamente.

Em estudo que investigou as percepções de estudantes dos cursos de Medicina, Odontologia e Farmácia sobre a homeopatia e sua prática no SUS, com uso da Teoria das Representações Sociais, Loch-Neckel, Carmignan e Crepaldi (2010) verificaram um desconhecimento da incorporação dessa prática no SUS pelos entrevistados e também um nível de informação superficial sobre os pressupostos homeopáticos entre os acadêmicos. Os autores chamam a atenção para as seguintes lacunas: a falta da homeopatia nas grades curriculares e a falta de profissionais que poderiam ser incorporados no SUS, como consequência.

Ao buscar descrever a organização, o funcionamento e o perfil dos usuários da Acupuntura em uma unidade de referência na cidade de Uberlândia (MG), Pereira e Villela (2008) verificaram que a falta de uma política específica para a acupuntura na cidade tem gerado dificuldades para seu reconhecimento e ampliação da oferta entre os usuários. Além disso, identificou-se sobrecarga no profissional atuante, que atende principalmente pacientes com doenças crônicas e do sexo feminino. Também foi visto que a acupuntura em Uberlândia possui um caráter mais curativo do que preventivo, devido à necessidade de encaminhamento profissional. Assim, para que haja uma legitimação dessa prática, as autoras citam a importância da incorporação do tema entre profissionais de saúde, gestores e a sociedade em geral, assim como a criação de mecanismos de avaliação dos impactos na população beneficiada por este atendimento, dando margem para sua expansão no país.

Em estudo da percepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre as práticas integrativas e complementares na cidade de Florianópolis (SC), em 2008, Thiago e Tesser (2011) analisaram e concluíram que a maioria dos participantes (88,7%) desconheciam as diretrizes nacionais para esta área, embora 81,4% concordassem com sua inclusão no Sistema Único de Saúde. A maioria (59,9%) demonstrou interesse em capacitações e todos concordaram que as PIC deveriam ser abordadas na graduação.

No contexto internacional também é possível notar considerações relevantes a respeito da implantação das práticas integrativas e complementares. Ostojíc e Saxer (2016) reconhecem a importância que da MI para os sistemas de saúde e apontam algumas políticas gerais com o intuito de melhorar a implementação dessas práticas. Dentre as políticas estão: inclusão da MI nas grades curriculares de profissionais da saúde; utilização de bancos de dados compartilhados; pesquisas na área da MI com cautela, pois há uma pressão por pesquisas em a devida utilização de seus resultados; e promoção da MI no âmbito político.

Ao analisar as percepções de funcionários de uma clínica sobre a viabilidade da implantação da prática de yoga, Waddington et al. (2016) perceberam que a postura positiva de funcionários e atitudes relacionadas à paciência foram cruciais para o sucesso da implantação. Também foram identificados como fatores necessários para a implementação do projeto, o espaço físico e o suporte dos líderes da organização analisada.

Especificamente em relação à fitoterapia, é possível notar trabalhos relatando sobre sua inserção especificamente na Atenção Básica à saúde. Antonio, Tesser e Moretti-Pires (2014) buscaram com seu estudo caracterizar a inserção da fitoterapia em ações e programas na atenção primária à saúde no Brasil, por meio de um levantamento bibliográfico de artigos de periódicos, teses e dissertações nacionais. Eles verificaram que as ações e programas de fitoterapia inseridos nos serviços de atenção primária à saúde variaram com relação aos seus objetivos e ações, quais sejam: inserir outras opções terapêuticas, reduzir custos, resgatar saberes tradicionais, preservar a biodiversidade, promover o desenvolvimento social, estimular ações intersetoriais, interdisciplinares, de educação em saúde e a participação comunitária. Os autores concluem que com a inserção da fitoterapia nos serviços de atenção primária, foi possível estimular a interação entre usuários e profissionais de saúde. Também contribuiu para socialização da pesquisa científica e desenvolvimento da visão crítica tanto dos profissionais quanto da população sobre o uso adequado de plantas medicinais e fitoterápicos.

Já Araújo et al. (2015) buscaram analisar artigos disponíveis na literatura sobre as dificuldades enfrentadas por enfermeiros na aplicabilidade da fitoterapia na Atenção Básica, por meio do método da revisão integrativa. Os resultados indicaram uma ausência de planejamento na implantação da fitoterapia e de outras práticas integrativas e complementares na atenção básica; a falta de capacitação dos profissionais de saúde; e a não valorização por parte da gestão e da própria equipe de saúde como as principais dificuldades encontradas. Com isso, os autores concluem que são necessários investimentos por parte dos gestores na introdução de programas de implantação das terapias integrativas e complementares, além de capacitação e formação de recursos humanos na área.

Com o objetivo de conhecer a percepção de gestores em saúde e profissionais da estratégia saúde da família sobre a inserção da fitoterapia na Atenção Básica em Teresina-PI, Fontenele et al. (2013) verificaram que os entrevistados aceitam a institucionalização da fitoterapia; fazem uso pessoal deste recurso terapêutico e o conhecimento popular é a forma de conhecimento predominante. Também foi percebido que a formação técnica em fitoterapia dos profissionais de saúde, bem como o conhecimento das políticas que envolvem o tema é

deficiente. Os gestores entrevistados demonstraram plena abertura para a discussão do assunto, elencando justificativas, estratégias e dificuldades de ordem política e estrutural. Dessa forma, os autores reconhecem a importância da capilarização da discussão sobre a fitoterapia, para a ampliação das ofertas de cuidado na Atenção Básica.

Diante dos estudos realizados nota-se que todas as práticas abrangidas pela MI ainda enfrentam dificuldades de naturezas diversas. A Organização Mundial de Saúde – OMS divide os principais desafios a serem superados pela Medicina Integrativa em quatro categorias, conforme o Quadro 9.

Quadro 9 – Desafios a serem superados pela MI

<b>Categorias</b>	<b>Definição</b>
Implantação e regulação	Aplicação de políticas nacionais e a falta de reconhecimento oficial dessas práticas; a não integração das mesmas aos sistemas nacionais de saúde; falta de mecanismos regulatórios e inadequada alocação de recursos para o desenvolvimento da MI.
Padrões de atendimento e suporte de pesquisas	Eficácia e qualidade do atendimento, que evidencia a falta de pesquisas; falta de padrões internacionais e controle de qualidade, falta de registro dos provedores da MI e inadequado suporte para pesquisas.
Destinação de recursos e mensuração de resultados	Acesso e a falta de reconhecimento oficial dos provedores, falta de dados mensurando os níveis de acesso e uso não sustentável de recursos.
Treinamento de profissionais e disseminação das práticas para a população	Uso racional, que está relacionado a falta de treinamento dos provedores da MI e falta de informação para o público sobre uso dessas práticas.

Fonte: WHO (2002).

A Organização Mundial da Saúde – OMS vem mobilizando e incentivando a utilização das práticas da MI por seus países membros, principalmente devido às questões como baixo custo e efetividade elevada (SANTOS et al., 2009). Entretanto, experiências na rede pública municipal e estadual mostram que essa inserção tem ocorrido de maneira desigual e descontinuada, e algumas vezes sem o devido registro. Neste contexto, muda-se o papel dos gestores, juntamente com os de outros praticantes no campo da saúde, responsáveis pela condução de ações que visam colocar em prática as normas técnicas de inserção da PNPIC, na definição de recursos orçamentários, na divulgação da política e no exercício da vigilância sanitária (BRASIL, 2006).

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Esta seção apresenta os aspectos metodológicos utilizados nesta pesquisa visando assegurar o alcance dos objetivos propostos. Inicialmente, serão apresentados os pressupostos ontológicos e epistemológicos, seguidos de uma descrição da abordagem dos dados e do método de procedimento. Posteriormente, em subseções distintas, são apresentados os procedimentos da definição do público, as técnicas de coleta de dados e os procedimentos para a análise dos dados e apresentação dos resultados. Ademais, cabe ressaltar que a presente pesquisa foi devidamente submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (ANEXO C) e pela Prefeitura Municipal de Uberlândia (ANEXO D).

#### **3.1 Pressupostos ontológicos e epistemológicos da pesquisa**

A presente pesquisa se baseia nos pressupostos ontológicos e epistemológicos da perspectiva da ECP. Definições ontológicas e epistemológicas permitem que o pesquisador adquira melhor entendimento das inter-relações entre os componentes essenciais de sua pesquisa. Elas evitam (ou provocam) desentendimentos entre as discussões teóricas e abordagens para os fenômenos sociais, assim como auxilia no reconhecimento de outras abordagens existentes (GRIX, 2002).

A ontologia preocupa-se com a natureza da realidade e de que maneira as entidades são organizadas (DENZIN; LINCOLN, 2005), podendo ainda ser compreendida como “[...] a imagem de uma realidade social na qual uma teoria se baseia”, conforme as palavras de Grix (2002, p. 177).

Já a epistemologia está interessada no conhecimento das possibilidades de acesso e apreensão do objeto de estudo, nos métodos que serão utilizados, na validação e nas possibilidades de aquisição de conhecimento na realidade social (GRIX, 2002). A epistemologia busca a resposta de questões que buscam compreender qual a relação entre o investigador e aquilo que é conhecido (DENZIN; LINCOLN, 2005).

Os pressupostos ontológicos e epistemológicos da presente pesquisa foram extraídos do campo de estudo da Estratégia como Prática – ECP. Deste modo, a presente pesquisa se insere no paradigma interpretativista, o qual assume uma ontologia relativista, isto é, com múltiplas realidades. Além disso, pressupõe-se uma epistemologia subjetivista e um conjunto de procedimentos metodológicos naturalista, que ocorre no mundo natural ou no contexto da

ocorrência de determinado fenômeno (DENZIN; LINCOLN, 2005). Na visão interpretativista, aquilo que se passa na realidade social não existe por concreto, mas é um produto da experiência subjetiva e intersubjetiva dos indivíduos, isto é, a sociedade é entendida a partir do ponto de vista do participante em ação (MORGAN, 2007).

Em relação à estratégia, a pesquisa interpretativista busca compreender o que os estrategistas pensam, porque eles agiram de determinada maneira e o que eles gostariam de atingir com isso. A compreensão parte para um nível mais pessoal, sendo a tarefa do estrategista considerada como imaginativa ou criativa. Além disso, ela reconhece que as diferenças são essenciais para o entendimento da ação e mudança estratégica (SMIRCICH; STUBBART, 1985).

Para a abordagem da ECP, a estratégia deixa de ser vista como aquilo que as organizações têm para ser entendida como aquilo que as organizações são de fato (JARZABKOWSKI, 2004; FELDMAN; ORLIKOWSKI, 2011) e o estudo dos atores e de suas práticas são contextualmente situadas, em que os praticantes se encontram imersos no contexto de incorporação de práticas estratégicas. Essa concepção permite uma aproximação com a perspectiva interpretativista ao reconhecer a importância do papel dos atores estratégicos. Desse modo, nota-se que as pesquisas no campo da prática têm se concentrado sobre as bases de conhecimentos sociais, interpretativistas, linguísticos e pessoais, através dos quais a estratégia é moldada (JARZABKOWSKI, BALOGUM; SEIDL, 2007).

Ademais, destaca-se a existência de três níveis de engajamento dos estudos/pesquisas que usam a teoria da prática, conforme Feldman e Orlikowski (2011): o primeiro se refere ao **foco empírico**: estudos que buscam verificar como as pessoas agem nos contextos organizacionais. Essa visão reconhece a centralidade das ações dos indivíduos para os resultados organizacionais e reflete um crescente reconhecimento da importância das práticas nas operações em curso das organizações, respondendo o que os autores chamam de “o que” da lente da prática. O segundo nível de engajamento é o **foco teórico**: estudos que buscam a compreensão das relações entre as ações das pessoas e a estrutura da vida organizacional. Apesar de também incluir um foco nas atividades cotidianas, estes estudos possuem uma preocupação crítica com a explicação dessa atividade e responde ao “como” da visão da prática. O terceiro nível de engajamento é a **abordagem filosófica**: estudos que abordam o papel constitutivo das práticas (ontologia e epistemologia) na produção da realidade organizacional. Estudos com este foco abordam a realidade social fundamentalmente feita de práticas, ou seja, em vez de enxergar o mundo social como algo externo aos agentes humanos,

essa abordagem o vê trazido à existência por meio dessas atividades e consegue responder a questão “por que” da lente prática.

Ao desenvolverem uma genealogia da teoria social baseada na prática, Rasche e Chia (2009) destacam quatro elementos a serem considerados para os estudos de natureza empírica:

- a) os comportamentos rotineiros do corpo em que as práticas de estratégia são antes de tudo um padrão de atividades corporais ou agrupamentos coerentes de atividades condensadas através da repetição e que refletem uma disposição estratégica específica;
- b) o uso de objetos, buscando compreender sua participação nas práticas estratégicas, já que eles podem facilitar ou limitar fazeres e dizeres dos corpos, influenciando seus resultados;
- c) a aplicação do conhecimento tácito em seu lugar de origem, isto é, uma compreensão rotineira do mundo baseada em esquemas de conhecimento compartilhados; e
- d) a constituição da identidade dos praticantes, uma vez que a teoria da prática enfatiza que a identidade dos atores não é algo dado, mas sim construído e realizado por meio do engajamento nas práticas sociais.

Em outra abordagem sobre as diferenças dos estudos baseados na prática, Corradi, Gherardi e Verzelloni (2010) identificaram duas linhas de pesquisa:

- a) “objeto de estudo” ou “objeto empírico”, estudos em que as práticas se tornam o lócus, os pesquisadores estudam as atividades dos praticantes;
- b) ou como “uma epistemologia” (*way of seeing*), estudos em que os estudiosos buscam compreender a contextualização do raciocínio prático e da natureza contingente da racionalidade organizacional, portanto é um ponto de vista ou uma epistemologia.

Tendo em vista essas avaliações dos estudos da prática, a presente pesquisa adota o **foco empírico** (CORRADI; GHERARDI; VERZELLONI, 2010; FELDMAN; ORLIKOWSKI, 2011), porque se interessa por verificar como as pessoas agem nos contextos organizacionais (RASCHE; CHIA, 2009) das unidades de saúde no decorrer da implantação de práticas da MI, visto que a lente empírica da prática tem como objetivo primordial as ações de estrategistas e outros atores envolvidos na implantação das estratégias da MI em organizações públicas da área da saúde, assim como seus comportamentos nos contextos em que estão inseridos, da saúde pública.



### 3.2 Descrição da abordagem dos dados e do método de procedimento

Com relação à abordagem dos dados, o presente trabalho caracteriza-se por sua natureza qualitativa, pois possibilita a garantia de maior riqueza dos dados, permite a visualização de um fenômeno em sua totalidade e proporciona facilidade das análises de possíveis paradoxos que venham a ser encontrados (VIEIRA, 2006).

A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Ela consiste em um conjunto de práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível [...], transformando-o em uma série de representações, incluindo anotações de campo, entrevistas, conversas, fotografias, gravações e documentos (DENZIN; LINCOLN, 2005, p. 3).

Pesquisas com esta abordagem dos dados buscam respostas por meio da análise de configurações sociais e indivíduos que habitam diferentes contextos, com mais interesse em como as pessoas se organizam, onde estão inseridas e em como elas fazem sentido do ambiente a sua volta (BERG, 2007). A pesquisa qualitativa irá responder a questões particulares, ocupando-se com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo dos motivos, das aspirações, das crenças e dos valores. Todos esses fenômenos humanos podem ser compreendidos como parte da realidade social (MINAYO, 2012). Nesta pesquisa, a abordagem qualitativa foi utilizada para analisar como se configuram as práticas de *strategizing* e *organizing* na inserção da MI em unidades de saúde pública de Uberlândia e analisar suas configurações ou associações na inserção das práticas integrativas nesse contexto específico.

Com relação ao método de procedimento, adotou-se a pesquisa de campo, que consiste “na observação dos fatos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados e no registro de variáveis presumivelmente relevantes para ulteriores análises” (RUIZ, 2010, p. 50). Segundo esse autor, nesse tipo de pesquisa, é possível estabelecer relações constantes entre determinadas condições e determinados eventos observados.

A pesquisa de campo também pode ser compreendida como “a investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo. Entrevistas, aplicação de questionários, testes e observação participante ou não”. (VERGARA, 2005, p. 48).

Para Minayo (2012), o trabalho de campo irá permitir uma aproximação do pesquisador com a realidade sobre a qual se desenvolveu uma pergunta e a interação com os atores que conformam essa realidade, construindo-se a partir disso, um importante

conhecimento empírico para o desenvolvimento da pesquisa. Para essa autora a pesquisa de campo é considerada como “um recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação” (MINAYO, 2012, p. 62).

Nessa perspectiva, o campo empírico da presente pesquisa refere-se ao local de atuação dos atores estratégicos na inserção da medicina integrativa no sistema público de saúde de Uberlândia, ou seja, as unidades de saúde que serão analisadas. Além disso, destaca-se a importância da inclusão do contexto mais amplo no qual essas unidades de saúde estão inseridas, advogado por autores da perspectiva da ECP (JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007; WHITTINGTON, 2006).

Com relação à vantagem da utilização desse método, nota-se a possibilidade de obter os dados diretamente no local em que os atores estão inseridos, proporcionando uma relação entre pesquisador e os sujeitos pesquisados, considerada essencial na pesquisa qualitativa (RUIZ, 2010; MINAYO, 2012). Quanto à desvantagem da pesquisa de campo, destaca-se a possível interferência no conhecimento da realidade, seja por parte do pesquisador, ou por parte dos interlocutores observados. Por isso, é relevante as preocupações científicas do pesquisador que deverá realizar a pesquisa de campo a partir de referenciais teóricos e também de aspectos operacionais (MINAYO, 2012).

### **3.3 Definição do público da pesquisa**

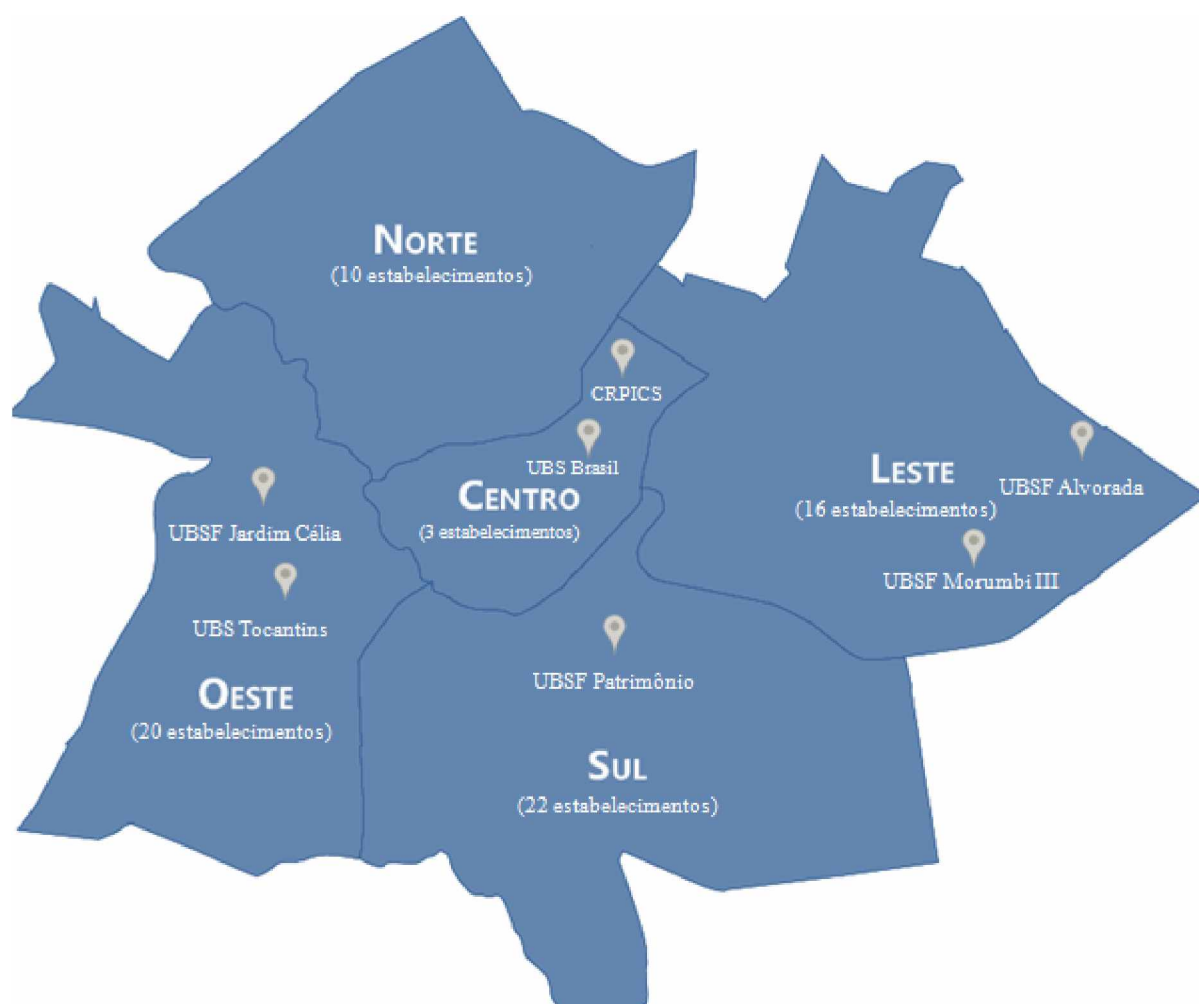
A seleção do público nas pesquisas qualitativas tem como finalidade primordial explorar o espectro de opiniões e representações sobre o tema em questão (BAUER; GASKELL, 2002). Na presente pesquisa, definiu-se como o público os coordenadores; os profissionais da saúde que atuam com as PICS; os usuários das PICS; uma representante do Conselho Municipal de Saúde (CMS); uma representante da Comissão Consultiva das PICS; e um representante do Conselho Regional de Medicina (CRM) de Uberlândia.

A escolha desse público se justifica por sua importância na inserção dessas práticas na saúde pública, já que a relevância do comprometimento dos gestores estaduais e municipais de saúde se encontra em destaque na PNPIC. Os usuários também desempenham papel importante e a possibilidade de observar suas percepções é relevante para a compreensão das estratégias empreendidas pelas unidades estudadas. Ademais, os outros membros, sejam de

Conselhos ou Comissões também estão inseridos no campo de atuação dessas práticas, influenciando o processo de inserção das mesmas na rede pública do município em questão.

Depois de definido o público que faria parte da presente pesquisa, verificou-se as unidades de saúde que fariam parte do estudo. Foi identificado que o município de Uberlândia conta com um total de 61 estabelecimentos de saúde, dentre Unidade Básica Saúde (UBS), Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) e Unidade de Atendimento Integrado (UAI), conforme mapa ilustrado na Figura 7.

Figura 7 – Mapa com o número de estabelecimentos de saúde e localização das unidades que oferecem as PICS



Fonte: elaboração da autora, com base em Uberlândia (2015) e dados da pesquisa.

Como pode ser observado, dentre as 61 unidades de saúde que atuam na saúde pública de Uberlândia, apenas 7 oferecem as PICS, representando um percentual de 11,47%. Esses

locais que oferecem os serviços das práticas integrativas estão discriminados no Quadro 10 abaixo, com as respectivas terapias que ativas em cada unidade.

Quadro 10 – Terapias oferecidas em Uberlândia

Unidade de Saúde	Terapias Oferecidas
Centro de Referência de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CRPICS)	Acupuntura, Homeopatia, Reiki, Antroposofia, Dança Circular
UBS Brasil	Reiki, Acupuntura, Auriculoterapia, Dança Circular, Homeopatia
PSF Morumbi III	Reiki, Acupuntura
UBSF Jardim Célia I, II	Acupuntura
UBSF Alvorada	Acupuntura
UBS Tocantins	Reiki
PSF Patrimônio	Homeopatia

Fonte: dados da pesquisa

Dentre as unidades apresentadas, três foram selecionadas para fazerem parte do presente estudo. Devido às condições de confidencialidade (Apêndice F), as unidades analisadas serão tratadas no decorrer do texto com os nomes fictícios de Alecrim, Malva e Camomila. Em relação à seleção, foram utilizados os seguintes critérios: uma unidade pioneira no oferecimento das PICS em Uberlândia (Unidade Alecrim); uma unidade que oferece apenas atendimentos nos serviços das PICS (Unidade Malva), se diferenciando de todas as outras; e uma unidade escolhida pela prontidão demonstrada pela coordenação em participar do presente estudo (Unidade Camomila). Ademais, a pesquisa foi conduzida naquelas unidades que oferecem o maior número de práticas e em uma unidade que oferece apenas uma prática. Assim, seria possível conhecer as especificidades dessas unidades.

Quanto aos sujeitos que participaram da pesquisa, os **critérios de inclusão** foram definidos como:

- 1) profissionais da saúde que têm contato direto com as PICS no trabalho cotidiano;
- 2) coordenadores (gestores) públicos que são responsáveis administrativamente pelas unidades onde as PICS foram inseridas (conforme PNPIC);
- 3) usuários que fazem uso do tratamento das práticas integrativas nas unidades selecionadas; e
- 4) membros de Conselhos ou Comissões que influenciam o contexto de inserção das PICS.

Portanto, foram adotados os seguintes **critérios de exclusão**:

- 1) profissionais da saúde que não atuam com as PICS;
- 2) gestores que não possuem participação ativa na implementação das práticas integrativas;
- 3) usuários que não estão fazendo tratamento com as PICS;
- 4) pessoas menores de idade.

Tendo em vista a natureza qualitativa da presente pesquisa, não há um cálculo amostral a ser realizado. Conforme apresentado por Flick (2009), a amostragem nas pesquisas qualitativas pode seguir lógicas distintas da pesquisa quantitativa, podendo assumir tipos mais flexíveis de seleção da amostra, focando nas necessidades que aparecerão durante a realização da pesquisa. Segundo Bauer e Gaskell (2002) há a existência de um ponto de saturação do sentido, ou seja, quando as entrevistas realizadas já não trazem mais novas percepções. Nesse ponto, o pesquisador pode deixar seu tópico guia para conferir sua compreensão, e se a avaliação do fenômeno é corroborada, é um sinal de que é o momento de finalizar. Além disso, esses autores propõem um limite ao número de entrevistas necessárias e possíveis de analisar, que varia entre 15 e 25 entrevistas individuais.

A abordagem do público da pesquisa foi realizada por telefone, para agendamentos de entrevistas e solicitação de documentos, e por contato pessoal para a realização de entrevistas, a observação não participante realizada no local e a pesquisa documental. Durante a realização das entrevistas, não foi empregado qualquer procedimento invasivo ou contra a vontade dos envolvidos no contexto da pesquisa. Elas foram todas realizadas no próprio local de trabalho dos participantes (unidades de saúde), não havendo nenhum custo, benefícios ou ganhos para a participação na presente pesquisa. Além disso, as mesmas foram feitas em locais apropriados para que fosse possível garantir confidencialidade e privacidade aos participantes.

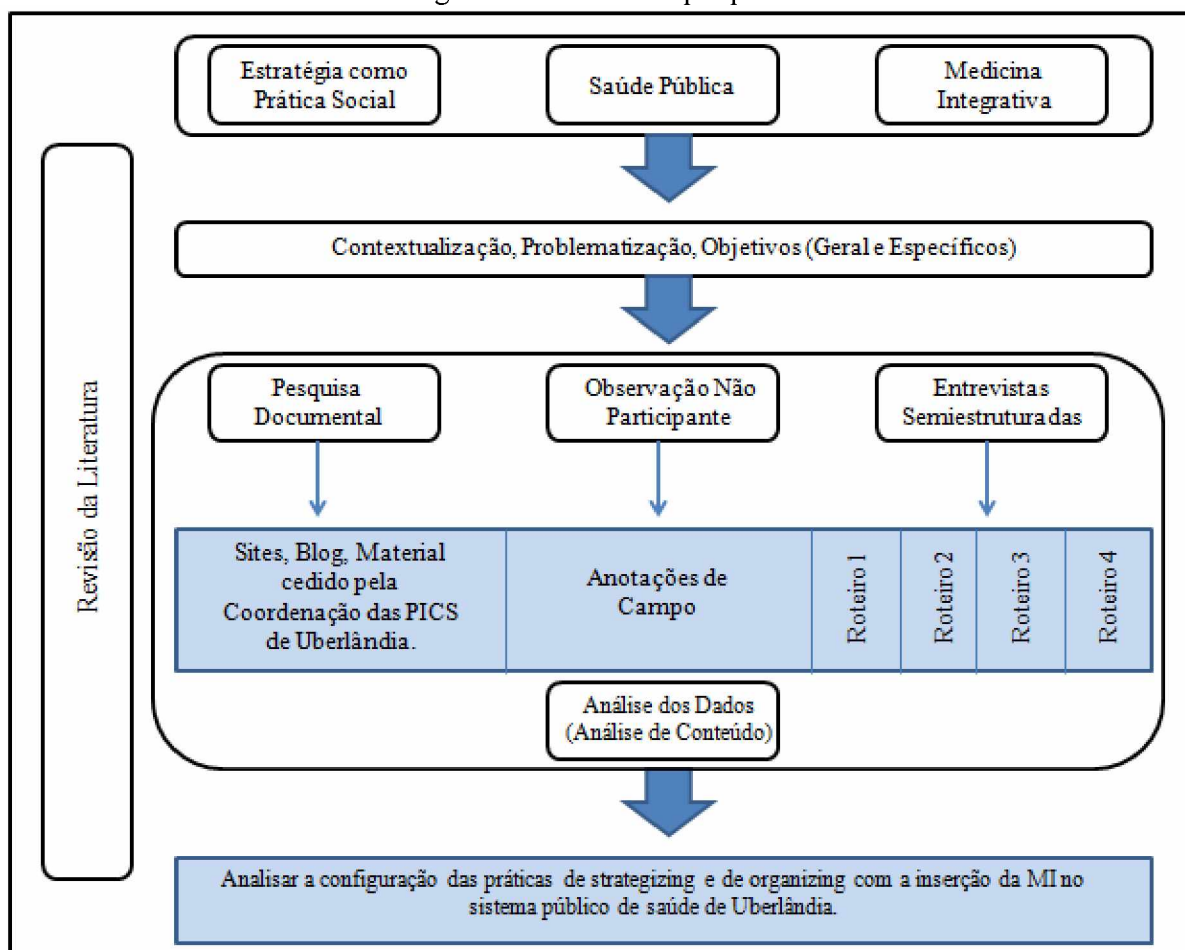
### **3.4 Desenho da pesquisa**

A construção de um desenho de pesquisa possibilita maior clareza ao pesquisador no que se refere às questões de pesquisa ou objetivos específicos do estudo que está sendo realizado, porém percebe-se que o conceito na pesquisa qualitativa é menos comum, se comparado com sua aplicação em pesquisas de natureza quantitativa. Na presente pesquisa, o

uso de um desenho de pesquisa possibilitou uma orientação para realizar o planejamento e a realização do estudo sem se ater de forma rígida à compreensão do termo conhecido na pesquisa quantitativa (FLICK, 2009).

Primeiramente, definiu-se a base teórica e os conceitos relacionados à estratégia como prática social (ECP), pesquisou-se o contexto da saúde pública e os conceitos relacionados às práticas integrativas e à Medicina Integrativa. Com isso identificou-se a oportunidade de aplicar a perspectiva da ECP para compreender a inserção dessas novas práticas estratégicas nas organizações de saúde pública de Uberlândia. Em seguida, procedeu-se com a definição da contextualização do trabalho, assim como o problema de pesquisa investigado e os objetivos que guiaram o presente estudo: analisar a configuração das práticas de *strategizing* e de *organizing* com a inserção da MI no sistema público de saúde de Uberlândia, conforme a Figura 8.

Figura 8 – Desenho de pesquisa



Fonte: Elaboração da autora.

Após a definição dos procedimentos citados na Figura 8, procedeu-se com o estabelecimento de possíveis categorias para a presente pesquisa. A definição dessas



categorias está diretamente relacionada com os objetivos do estudo e com os conceitos abordadas anteriormente e buscam trazer maior clareza quanto aos aspectos que serão estudados e analisados.

Em relação ao contexto no qual as organizações de saúde pública atuam, o conceito considerado mais apropriado é “contexto pluralístico”, conforme estudo de Jarzabkowski e Fenton (2006), que também inclui os conceitos "*organizing* e *strategizing*" em contextos pluralísticos. O Quadro 11 apresenta essas categorias de pesquisa.

Quadro 11 – Categorias da pesquisa

Contexto da pesquisa	Categorias de análise		Resultados da análise: modos de associação entre <i>Strategizing</i> e <i>Organizing</i>
Contexto Pluralístico (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006)	<i>Organizing</i>	<i>Strategizing</i>	
Foco da saúde pública: do “individual” para o “coletivo” e da “prevenção” para a “promoção” (OLIVEIRA, 2000).	Valores relacionados com a MI (alterações/permanência de comportamentos/interesses entre os atores com a inserção das PICS).	Objetivos (interesses e expectativas com a inserção da MI no atendimento público de saúde).	Interdependente
Sociedade começa a dar importância para a qualidade de vida e hábitos saudáveis (ANDRADE; COSTA, 2010; BRASIL, 1990a; VITIGEL, 2014).	Imagens ou formas de representar a MI pelos públicos pesquisados	Avaliação sobre a destinação de recursos para MI vis a vis a MT.	
Interesse social por práticas alternativas de saúde menos invasivas e menos custosas (RAKEL, 2012)	Novas práticas adotadas e mudanças para acomodar os interesses dos atores estratégicos envolvidos com a inserção das práticas da MI.	Entendimento sobre as novas práticas e os tipos de mudanças trazidas para a unidade de saúde pela oferta da MI.	Desequilibrado
Dicotomia entre o amplo e integral (Medicina Integrativa) e especialidade e conhecimento fragmentado (Medicina Convencional) (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012).	Formas de interação/diálogo entre os diversos atores estratégicos para conduzir a inserção de práticas da MI.	Tensão/consensos e divergências a respeito dos resultados da inserção das novas práticas de MI.	Destrutivo
	Maneiras de disseminação das práticas de MI entre os atores estratégicos	Tensão/consensos e divergências a respeito do futuro da MI no atendimento público de saúde	

Fonte: elaboração da autora.

Para o estudo das práticas de *organizing*, foram definidas as seguintes categorias de pesquisa: valores relacionados à MI e suas práticas; imagens sobre a MI; novas práticas para acomodar os interesses dos atores estratégicos envolvidos; formas de interação entre esses atores estratégicos; e disseminação das PICS. Para o estudo das práticas de “*strategizing*”, foram definidas as seguintes categorias de pesquisa: objetivos/interesses e expectativas em

relação à inserção da MI; avaliações sobre a destinação de recursos para a MI *vis a vis* a destinação de recursos para a medicina tradicional; entendimento sobre as novas práticas e os tipos de mudanças trazidas pela oferta da MI; tensão/consensos e divergências a respeito inserção das novas práticas e o futuro da MI no atendimento público de saúde.

O contexto pluralístico, conforme apresentado no Quadro 11, representa o ambiente no qual as unidades de saúde atuam e é caracterizado por sua pluralidade. Um contexto pluralístico é aquele definido pela existência de objetivos divergentes e interesses de diferentes grupos, dentro e fora da organização (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006). Em relação ao atendimento público de saúde, contexto que será abordado nesta pesquisa, é possível verificar mudanças no comportamento da sociedade de maneira geral, que tem mostrado maior interesse pela qualidade de vida. A própria concepção de saúde tem se modificado, partindo para a concepção de “promoção da saúde”, que é entendida como a disponibilidade de meios para melhorar as condições das pessoas, possibilitando que elas assumam um controle maior sobre sua própria saúde (FILKEMAN, 2012).

Nas últimas décadas, com a informatização e a virtualização do conhecimento por meio da Internet, o interesse da sociedade por novos tratamentos, novos medicamentos e alternativas médicas tem se mostrado crescente, fazendo com que a MI ganhe maior visibilidade. O aumento da atenção pelas práticas integrativas se deve a fatores distintos que podem estar relacionados à deterioração da relação entre médicos e pacientes, ao uso excessivo de tecnologia e à dificuldade nos tratamentos de doenças crônicas por meio do modelo médico atual (RAKEL, 2012). Portanto, existem interesses diversos presentes nesse contexto, tanto por parte de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, terapeutas holísticos), gestores, hospitais privados/públicos, a própria sociedade e outras instituições que venham a fazer parte dessas atividades.

Sendo assim, este estudo buscou analisar como se configuram as práticas de *organizing* e de *strategizing* na inserção da MI em organizações de saúde pública do município de Uberlândia, considerando os aspectos contextuais nos quais essas práticas estão inseridas; as mudanças nas práticas organizacionais desempenhadas pelos atores estratégicos (governo municipal e federal, especialistas em MI, gestores de unidades de saúde e usuários); e os resultados dessa incorporação no contexto analisado.



### 3.5 Descrição das técnicas de coleta de dados

Para que fosse possível alcançar os objetivos propostos foram utilizadas a pesquisa documental, a observação não participante (Apêndice E) e a aplicação de entrevistas individuais semiestruturadas com os coordenadores (gestores), profissionais da saúde, usuários da MI das unidades selecionadas (Apêndices A, B e C), além de uma representante do Conselho Municipal de Saúde, uma representante da Comissão Consultiva das PICS e um membro do CRM de Uberlândia (Apêndice D).

De maneira geral, a análise documental consiste em verificar um ou diversos documentos com o intuito de identificar as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionados (RICHARDSON, 2014). Esses dados foram obtidos por meio de material cedido pelo Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares e compreende: um Guia de Encaminhamento para as PICS, realizado pelo CRPICS com a finalidade de organizar os encaminhamentos relativos a essas terapias; Ficha de Encaminhamento também feita pelo CRPICS; Gráfico de atendimento do CRPICS até novembro de 2016; um Caderno de Práticas Integrativas e Complementares no SUS/MG: Formação de apoiadores, Experiências e Conceitos; e pesquisas nos *websites* da Prefeitura de Uberlândia e do Núcleo de PICS do município.

Outra técnica de coleta de dados, a observação não participante é uma técnica relevante nos estudos de caso qualitativos, pois os mesmos são caracterizados pelo tempo que o pesquisador passa no local de pesquisa, pessoalmente em contato com as atividades e operações do caso, fazendo reflexões e revisando os significados do que está acontecendo (STAKE, 1994). Nesta pesquisa, a observação não participante possibilitou a obtenção de informações cruciais sobre os serviços das práticas que estão sendo oferecidas, sobre os processos em andamento que visam mudanças ou melhorias nas condições de determinado serviço, e a própria comunicação entre os atores atuantes nas unidades selecionadas (coordenadores, profissionais de saúde, usuários). As atividades observadas encontram-se descritas no Quadro 12.

Quadro 12 – Atividades da observação não participante

Atividade	Tempo de Observação	Pontos observados nas três unidades analisadas
Reuniões	4 horas	Assuntos mais frequentes; avaliações informais sobre o futuro relacionado às PICS; formas de interações.
Audiência Pública sobre Plantas Medicinais	3 horas	Assuntos mais frequentes; avaliações informais sobre o futuro relacionado às PICS; formas de interações; público envolvido.
Salas de Espera	30 horas e 30 minutos	Relações entre usuários e os profissionais; infraestrutura e recursos; comentários/avaliações emitidas de forma espontânea pelos usuários.
Tempo total	37 horas e 30 minutos	

Fonte: dados da pesquisa.

A observação não participante (Apêndice E) foi realizada nesta pesquisa em três situações distintas e nas três unidades de saúde selecionadas, sendo que em ambos os casos gerou as "Notas de campo":

- a) em três reuniões com coordenadores (gestores) das unidades de saúde, no ambiente em que os mesmos exercem suas atividades cotidianas, e outros envolvidos (associações e indivíduos) convidados também para as reuniões. Esses episódios aconteceram nos dias 04 de agosto de 2016, 10 de agosto de 2016 e 04 de outubro de 2016;
- b) em uma audiência pública sobre plantas medicinais ocorrida na Câmara Municipal de Uberlândia no dia 01 de setembro de 2016;
- c) observação da dinâmica do atendimento, especificamente dos usuários na sala de espera, nos períodos de setembro e outubro de 2016. Devido à privacidade da relação entre médico e paciente, a observação foi realizada apenas nas salas de espera, buscando evidenciar alguns comportamentos, relações com os profissionais das organizações e relatos de satisfação ou não com os serviços.

Uma das principais vantagens envolvendo a técnica de observação não participante é a possibilidade de obter as informações no momento em que ocorre o fato, possibilitando verificar detalhes da situação, já que o pesquisador se encontra presente diante dos acontecimentos. Contudo, é necessário se atentar ao risco de supervalorizar o que é diferente ou singular, deixando de lado aspectos relevantes para os objetivos da pesquisa (RICHARDSON, 2014).

Com relação à entrevista, é considerada uma técnica importante por permitir o desenvolvimento de uma relação mais estreita entre as pessoas, proporcionando melhor acesso aos seus pensamentos e definições (RICHARDSON, 2014; PATTON, 1990). A entrevista semiestruturada é caracterizada por uma sequência de questões definidas previamente, em que todos os entrevistados respondem às mesmas questões básicas, geralmente em uma determinada ordem. Todas as questões são em formato totalmente aberto (PATTON, 1990).

De acordo com Rosa e Arnoldi (2006) as vantagens dessa técnica envolvem: a riqueza informativa, pela flexibilidade dos guias semiestruturados; o acesso a informações de difícil observação; e o fato de ser econômica. Em relação às limitações, é preciso considerar: a questão do tempo consumido tanto por parte do entrevistado quanto do pesquisador no tratamento dos dados; podem surgir problemas potenciais de flexibilidade e validação, exigindo conhecimento profundo por parte do entrevistador; e é preciso enfrentar a complexidade nas etapas de preparação.

Para Patton (1990) os pontos fortes da entrevista semiestruturada são: a facilidade de comparação das respostas, uma vez que as mesmas questões são respondidas; redução do viés por parte do entrevistador quando são realizadas muitas entrevistas; facilita a organização e análise dos dados. Com relação aos pontos fracos o autor destaca a pouca flexibilidade em relacionar a entrevista a indivíduos ou circunstâncias particulares; a padronização das perguntas pode limitar certas naturalidades e relevância tanto das perguntas quanto das respostas.

Essa técnica, aplicada ao público das unidades de saúde estudadas permitiu a compreensão das condições e desafios enfrentados tanto pela gestão quanto pelos profissionais da saúde na inserção das PICS no contexto em que atuam. Também possibilitou analisar suas ações e seus papéis para que seja possível entender o processo de adoção dessas práticas. Para minimizar o efeito do guia de entrevistas, após o término de cada entrevista foi oferecida a cada entrevistado a possibilidade de falar sobre outros aspectos não abordados no guia (Apêndices A, B, C e E). Com relação aos usuários do SUS, buscou-se verificar suas percepções sobre o atendimento e das próprias práticas da MI.

O Quadro 13 apresenta os atores entrevistados (atuação, formação, tempo de atuação no setor público e local de atuação).

Quadro 13 – Características e quantidade de profissionais entrevistados

Identificação (nomes fictícios)	Atuação	Formação	Tempo de atuação no setor público	Local de atuação
João	Coordenação	Segundo grau Incompleto	3,5 anos	Secretaria de Saúde
Simone	Coordenação e Auriculoterapia	Enfermeira	23 anos	Unidade Malva e Unidade Alecrim
Vanda	Coordenação	Assistente Social	12 anos	Unidade Alecrim
Lenice	Coordenação	Enfermeira	5 anos	Unidade Camomila
Ana	Coordenação	Enfermeira	5 anos	Unidade Camomila
Jonas	Acupuntura	Medicina	10 anos	Unidade Malva
Denise	Acupuntura	Fisioterapia	16 anos	Unidade Malva
Tássia	Acupuntura	Fisioterapia	13 anos	Unidade Malva e Unidade Camomila
Carlos	Acupuntura	Biomedicina	4 anos	Unidade Alecrim
Elisa	Reiki	Técnico em Enfermagem	33 anos	Unidade Malva e Unidade Alecrim
Carla	Terapia Holística	Técnico em Enfermagem	30 anos	Unidade Malva
Vânia	Medicina Antroposófica	Medicina	2 anos nessa atividade	Unidade Malva
Rodrigo	Homeopatia	Medicina	10 anos	Unidade Malva e Unidade Alecrim
Telma	Fitoterapia	Farmácia	3 anos	Secretaria de Saúde
Ângela	Conselho Municipal de Saúde	Psicóloga	Membro do Conselho há 8 anos	Associação A
Kátia	Representa a Sociedade Civil na Comissão Consultiva PICS	Enfermeira	Não é funcionária pública	Clínica Particular
André	Delegado local do CRM de Uberlândia e Corregedor do Estado	Médico	Não é funcionário público	CRM em Uberlândia

Fonte: Dados da pesquisa.

Como pôde ser observado, foram entrevistados 17 profissionais dentre eles gestores, profissionais da saúde e pessoas envolvidas no contexto de atuação das PICS. Foram entrevistados os coordenadores de cada uma das três unidades analisadas e o ainda o responsável pela coordenação geral das PICS. O número total de profissionais que atuam

vinculados ao programa das PICS é 15, dentre os quais 10 foram entrevistados. Conforme descrito no Quadro 13, cada entrevistado apresenta um tempo específico de atuação no setor público, variando aproximadamente entre 03 e 30 anos nesse setor. Não houve nenhum tipo de seleção ou critério de exclusão quanto a essa característica, tendo em vista que isso reduziria o público da pesquisa e impossibilitaria de se trabalhar com as possíveis dificuldades e influências que esses aspectos podem trazer ao processo de inserção das PICS nas unidades estudadas.

Além disso, foi entrevistada uma representante do Conselho Municipal de Saúde, uma representante da Sociedade Civil, atuante na Comissão Consultiva das PICS e um representante do Conselho Regional de Medicina de Uberlândia. A prática integrativa “Dança Circular” não foi contemplada nas entrevistas devido à profissional atuante encontrar-se afastada no momento da realização da coleta de dados na unidade. Devido ao acordo de confiabilidade (Apêndice E), todos os funcionários, unidade de saúde e associações/instituições envolvidas no processo de inserção das PICS estão sendo tratadas com nomes fictícios, como pôde ser observado no Quadro 13.

Em relação aos usuários, foram realizadas 51 entrevistas, com pacientes de todas as terapias oferecidas, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Relação de usuários entrevistados e atendidos em Uberlândia

<b>Terapia</b>	<b>Quantidade de usuários entrevistados</b>	<b>Quantidade total de usuários atendidos em todas as unidades que oferecem PICS em Uberlândia</b>
<b>Acupuntura</b>	24	884
<b>Auriculoterapia</b>	3	45
<b>Homeopatia</b>	5	242
<b>Medicina Antroposófica</b>	3	134
<b>Reiki</b>	16	185
<b>Total</b>	51	1490

Fonte: dados da pesquisa.

O processo de seleção dos usuários aconteceu nas salas de espera das unidades de saúde, sem distinções entre os mesmos, repetindo a voluntariedade em participar da pesquisa e expor suas opiniões sobre as questões concernentes ao estudo. Além disso, foi possível perceber, diante da quantidade selecionada, a predominância de pessoas do sexo feminino (75%); e ainda uma similaridade quanto às motivações para a busca dos tratamentos. Todos os

entrevistados citaram que possuem algum tipo de dor ou doença crônica (fibromialgia, dor crônica na coluna, tendinite, artrose, bursite), exceto três motivos se destacaram por sua distinção: curiosidade; transtorno obsessivo compulsivo (TOC), problemas emocionais e psicológicos; e déficit de atenção.

Ao trabalhar com as técnicas supracitadas, a presente pesquisa é coerente e congruente do ponto de vista metodológico com a perspectiva teórica da ECP, também com os objetivos estabelecidos para o estudo. A mudança metodológica trazida pela ECP é destacada por Vaara e Whittington (2012), uma vez que a disciplina de estratégia, tradicionalmente, mostrava preferência por estudos estatísticos. Os autores mostram uma forte orientação para os métodos qualitativos com o uso dessa abordagem, como entrevistas em diferentes níveis organizacionais, observação participante, pesquisa-ação, dentre outros.

Essas questões metodológicas também foram analisadas por Johnson, Melin e Whittington (2003), eles argumentam que dados qualitativos (em grande quantidade e em profundidade) são cruciais para desenvolvimento da perspectiva da ECP, pois a abordagem qualitativa é recomendada quando existe relativamente pouco conhecimento sobre uma área de estudo ou quando uma nova visão é necessária. Isso implica a relevância de se aproximar do fenômeno estudado, o que implica o uso de técnicas como a observação, para que seja possível capturar as experiências do “fazer estratégia”; a condução de entrevistas e outras formas de interação com os membros das organizações com a finalidade de entender as interpretações que as pessoas possuem sobre determinadas atividades; e ainda, coletar artefatos do trabalho estratégico, como relatórios de reuniões, apresentações, etc.

### **3.6 Procedimentos para a análise dos dados**

Na análise documental foram selecionados os documentos coletados, conforme citado anteriormente, sendo eles: um Guia de Encaminhamento das PICS, realizado pelo CRPIC com a finalidade de organizar os encaminhamentos relativos a essas terapias; Ficha de Encaminhamento também feita pelo CRPIC; Relatório com quantidade de usuários atendidos pelo SUS em Uberlândia no penúltimo trimestre de 2016; e o website desenvolvido pela equipe do Núcleo de Práticas Integrativas. Essa busca foi realizada na web e diretamente com o Núcleo das PICS de Uberlândia. O procedimento de análise do material coletado com a pesquisa documental seguiu os passos da análise de conteúdo, sendo eles a pré-análise, a codificação, categorização e quantificação de informações, e, finalmente a interpretação dos dados (BARDIN, 1977). O foco da análise, além de complementar as informações coletadas

por meio das outras técnicas, foi: verificar de que maneira a MI é retratada; verificar se são citados mecanismos de comunicação (interna ou externa) sobre as práticas integrativas; e resolução de possíveis problemas enfrentados tanto na inserção quanto no cotidiano de manutenção das práticas.

Com relação à observação não participante, as observações realizadas foram registradas em anotações de campo durante as atividades de observação e serviram de complemento para as informações obtidas com as entrevistas. Elas buscaram descrever algumas manifestações dos sujeitos observados, em reuniões cuja pauta trate sobre as práticas integrativas, conforme consta no Apêndice D. Ademais, constaram algumas reflexões que surgiram durante as observações, tanto sobre os comportamentos/interações de usuários nas salas de espera quanto em relação à infraestrutura do local. As descrições detalhadas são importantes para que seja possível compreender e explicar os fenômenos no contexto em que estão sendo estudados (TRIVIÑOS, 1987). Após a finalização da coleta, os dados gerados foram agrupados de acordo com a relevância e aspectos em comum. Esse agrupamento ocorreu conforme os itens citados acima, que constam no roteiro de observação.

Quanto às entrevistas, todos os dados obtidos também foram analisados por meio da técnica da análise de conteúdo (BARDIN, 1977). Inicialmente, procedeu-se com uma pré-análise dos dados, ou seja, todo o material coletado por meio das técnicas de coleta de dados foi organizado com o objetivo de operacionalizar as ideias e o desenvolvimento do trabalho, de acordo com as categorias preestabelecidas. Posteriormente, a análise do material foi realizada abrangendo os trabalhos de codificação, categorização e quantificação das informações obtidas. Finalmente, o tratamento dos resultados e a interpretação foram realizados, com foco na interpretação qualitativa. A análise de conteúdo foi aplicada considerando seu caráter sistemático; sua aplicação a dados brutos, que ocorrem naturalmente; à possibilidade de lidar com grandes quantidades de dados; e por oferecer um conjunto de procedimentos maduros e bem documentados (BAUER; GASKELL, 2002).



## **4 CONFIGURAÇÕES DAS PRÁTICAS DE *STRATEGIZING* E *ORGANIZING* COM A INSERÇÃO DAS PICS NA SAÚDE PÚBLICA**

A presente seção tem como objetivo apresentar os resultados encontrados nesta pesquisa e fazer sua análise e discussão dos dados. Inicialmente, são apresentadas as informações sobre os aspectos relativos ao campo e à estrutura das PICS; e também uma descrição das características das unidades selecionadas. A seguir, são abordadas as práticas de *organizing* e *strategizing*, respectivamente. Posteriormente, tratou-se das práticas integrativas, da saúde pública e do contexto em que os atores envolvidos atuam. Por fim, abordaram-se os modos de associação entre *organizing* e *strategizing*, conforme proposto no objetivo do presente trabalho.

### **4.1 Aproximação e impressões do campo: o contexto de inserção das PICS e as unidades estudadas**

A pesquisa qualitativa coloca o pesquisador em contato não apenas com as pessoas entrevistadas, mas também com um determinado arranjo ou configuração de atividades, eventos e assuntos em um determinado tempo e espaço. A familiaridade com o objeto da pesquisa requer interpretação, senso para as singularidades e conhecimento situacional (STAKE, 2011). Nesta seção, apresenta-se de forma breve o conjunto de acontecimentos e de pessoas que participaram da inserção das PICS na cidade de Uberlândia.

#### ***4.1.1 A estruturação e o campo das práticas integrativas: uma breve história***

A abordagem proposta pela Medicina Integrativa representa um novo fenômeno no campo conceitual da área médica e para que seja inserida integralmente na saúde, requer uma mudança de paradigma, visto que a biomedicina é a perspectiva predominante. Uma vez que a ênfase da abordagem biomédica é sobre a doença, a experiência do indivíduo de estar doente e o contexto social em que ele encontra-se inserido são negligenciados (MAIZES, 1999; GAUDET, 1998).

No campo da Sociologia, as buscas pela compreensão das relações entre indivíduo e sociedade, das mudanças ou persistências de padrões na sociedade, levaram Giddens (2009) e Bourdieu (1983, 1996, 2009) a defenderem, respectivamente, os conceitos de “estrutura” e



“agência” e os conceitos de “*habitus*” e “campo social”. Ambos os autores desenvolveram seus estudos, no campo das ciências sociais, buscando romper a dualidade existente entre indivíduo/sociedade; agente/estrutura, superando as divergências das análises do subjetivismo/objetivismo.

No campo da saúde, essa dicotomia parece ser representada pelo modelo preventivo (subjetivismo), no qual se encontra a abordagem da MI; e o modelo biomédico (objetivismo), também chamado de curativo. Segundo Arouca (2003), a crítica sobre o modelo atual e predominante da medicina curativa surgiu devido a fatores como: a centralização nas terapêuticas, descuidando-se da prevenção da ocorrência; da especialização crescente da medicina, fazendo com que o homem fosse reduzido a órgãos ou estruturas, perdendo a noção de sua totalidade; do conhecimento médico desenvolvido com enfoque predominantemente biológico, desconsiderando aspectos sociais e psicológicos, por exemplo; das relações da medicina com a comunidade, pois a medicina curativa realizou-se em um contexto individualista; e da educação médica, dominada pela ideologia curativa.

Ao analisar os dados obtidos nesta pesquisa, foi verificado que alguns atores entrevistados apontaram para essas questões. Dentre os profissionais entrevistados, eles destacam a importância de se trabalhar com um foco preventivo, mudando os hábitos da população, a redução de custos que essa mudança implica, a característica multidisciplinar da MI e também importância da formação profissional.

A maior parte das pessoas, elas foram criadas para só cuidar de alguma coisa quando tá sem recurso. Há 50 anos, a pessoa só ia ao médico quando não tinha, era último caso, ia ao médico para morrer. Então mudar esse pensamento, falar, hoje a gente pode pensar em prevenção, reeducar a população na alimentação, nos hábitos de saúde, isso tem um impacto gigantesco (Entrevista concedida por Jonas à pesquisadora, 2016).

Acho que a Atenção Básica, ela avançou um pouco, mas precisa avançar mais, é, e ela tem que funcionar de forma mesmo como está, de promoção, de prevenção e proteção à saúde. Porque se a gente tem um maior investimento na atenção básica, e a gente cuida da pessoa na atenção básica, a gente vai evitar de ter gastos maiores com internação, com UTI, com pessoas nas UAI lá nos corredores internadas (Entrevista concedida por Vanda à pesquisadora, 2016).

É essa união mesmo da equipe, que o conjunto das práticas, onde cada um pode estar exercendo [e contribuindo com] a sua função (Entrevista concedida por Denise à pesquisadora, 2016).

Isso é o que existe no país hoje, do médico, ele tratar a doença, ele não trata o paciente, ele trata a doença. E outra coisa, também sou contra, especialista. A pessoa é especialista em pulmão, então ela visa só o pulmão, mas aquela pessoa não é um pulmão. A pessoa, ela é integral [...], ela tem que ser estudada com um todo, porque, repito, a pessoa tem problema “x” e aquele

problema vai refletir no “y”, então não dá para saber (Entrevista concedida por Kátia à pesquisadora, 2016).

Em relação aos usuários, o aspecto preventivo das PICS também pôde ser verificado, entretanto notou-se que todos eles estavam realizando os procedimentos devido à alguma doença ou dor crônica já existente.

[...] já faz tempo que não tomo mais remédio [...] as dores diminuíram muito (Entrevista concedida pela Usuária Acupuntura/Malva à pesquisadora, 2016).

Eu estou no começo né, mas já senti uma melhora [...] o remédio que eu tomava me dava muita insônia, é, então eu parei [...] e estou satisfeita com a acupuntura (Entrevista concedida pela Usuária Acupuntura/Alecrim à pesquisadora, 2016).

[A auriculoterapia] é uma terapia eficaz pra mim e tem me ajudado sim. [...] acho que essas terapias ajudam a prevenir e a melhorar a qualidade de vida (Entrevista concedida pelo Usuário Auriculoterapia/Alecrim à pesquisadora, 2016).

Essa dicotomia entre preventivo/curativo, juntamente com a dificuldade de mudar os padrões de comportamento já estabelecidos na sociedade, remetem ao conceito de campo de Bourdieu (1983), o qual é caracterizado pelas relações entre dois polos, um dominante (curativo) e outro dominado (preventivo). Ao polo representado como dominante corresponde as práticas de uma ortodoxia que pretende fazer com que o modelo biomédico continue predominante nos tratamentos à saúde, com uma abordagem curativa e utilização de medicamentos alopáticos. Ao polo representado como dominado, o da abordagem da MI, suas práticas heterodoxas tendem a expressar seu inconformismo com a situação atual e a inserção de medicamentos fitoterápicos à população, entretanto, nesse caso, reconhecem a importância das duas abordagens e a necessidade de integração entre elas. Um exemplo das relações de poder, citadas por Bourdieu (1983), pode ser verificada na fala de João, que relata a dificuldade de se implantar a farmácia de manipulação popular de medicamentos fitoterápicos devido à influência exercida pelos laboratórios e pela indústria farmacêutica de modo geral.

Que se implante a farmácia de manipulação. Porque nós vamos ter medicamentos fitoterápicos, com um custo muito baixo e com uma eficiência muitas vezes maior do que remédio de laboratório. [...] E o custo, assim... o custo chega a ser 30% do valor do outro. Por isso a importância de se ter uma farmácia de manipulação. Mas por outro lado também, é uma pressão muito grande da indústria farmacêutica contra essas implantações.

Porque vai, diretamente, mexer no bolso deles (Entrevista concedida por João à pesquisadora, 2016).

O início do processo de inserção dessas práticas no município de Uberlândia contou com intensa participação popular, juntamente com associações e instituições interessadas em oferecer essas terapias à população por meio da rede pública da saúde. Todos esses atores compõem o campo (BOURDIEU, 1983) ou estrutura (GIDDENS, 2009) das PICS, composto por um conjunto de práticas, regras, recursos, ideologias e agentes ou atores que se relacionam para a sua efetivação. Além disso, percebeu-se que esse processo de formação do campo foi caracterizado por dificuldades e interesses relacionados ao contexto político, fortemente influenciado pelas relações de poder (BOURDIEU, 1983).

As ações relacionadas às práticas integrativas foram iniciadas na cidade em 1991, a partir de um trabalho comunitário, em que Carla, técnica em enfermagem atuante nas PICS, além de trabalhar para a Secretaria de Saúde, na Prefeitura Municipal de Uberlândia, doava algumas horas de seu dia para desenvolver esse trabalho com a população carente do bairro Pacaembu. Em 1998, o programa foi encerrado. Porém, de forma voluntária, ela continuou atendendo aquela população por mais três anos, até que eles aceitassem que o programa havia de fato acabado.

Logo após o encerramento desse trabalho, foi criado o Projeto Realização, pela própria Carla, que tinha por objetivo manter as atividades com as terapias integrativas e resgatar o saber popular. O entrave enfrentado na época era que essas atividades eram desenvolvidas pela profissional dentro de uma unidade de saúde, mas ainda sem amparo legal e apoio por parte da gestão, o que ocasionou seu afastamento pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN) por volta de dois meses.

Entretanto, ao perceber que a funcionária era Terapeuta Holística e possuía sua licença de trabalho regularizada, houve o cancelamento do processo por parte do Conselho. A ação da funcionária demonstra a insatisfação com a situação atual, fazendo com que promovesse ações com vistas a mudar aquela realidade em que se encontrava (BOURDIEU, 1983). Também mostra o duplo papel da estruturação, seu papel de condicionante, mas também de possibilitadora da ação dos indivíduos (GIDDENS, 2009).

Posteriormente a esse episódio, o Projeto Realização foi sendo aprimorado. A funcionária Carla passou um tempo em Franca aprendendo sobre homeopatia, fitoterapia e florais. E foi em meio a esse trabalho que ela conheceu João, o atual coordenador das PICS de Uberlândia, que a convidou para ajudar na inserção das PICS na cidade, pois ela era reconhecida como a única que desenvolvia o trabalho com essas terapias na rede pública.

Desse encontro, surgiu a iniciativa de criar a Associação A, em que o trabalho do Projeto Realização continuou sendo desenvolvido, auxiliando no processo de inserção das PICS na rede pública. Essa associação é uma Organização não Governamental que atua com as terapias complementares, com sustentabilidade e desenvolvimento social, oferecendo à população opções em tratamentos terapêuticos e cursos nessas terapias.

Além da Associação A, a Associação B também esteve envolvida nesse processo de oferecer para a população práticas de terapias complementares. A Associação B é uma entidade sem fins lucrativos e sua manutenção acontece por meio de um pagamento mensal de seus associados, além de doações da comunidade. Esta associação também conta com o trabalho de voluntários que fazem visitas a pacientes acamados. Todos os tratamentos oferecidos são realizados com o uso das plantas medicinais, sendo que o óleo e as pomadas são doadas para o tratamento. A pesquisa também permitiu identificar uma terceira instituição que desempenhava atividades relacionadas às PICS, a Associação C, cujo objetivo é avançar no desenvolvimento da fitoterapia.

Todas essas instituições já trabalhavam com as práticas integrativas e contribuía isoladamente para parcelas da população, porém sem diálogo entre si. Em 2012, elas se reuniram, e juntamente com parte da sociedade civil discutiu-se a necessidade de inserção das PICS no sistema de saúde da cidade de Uberlândia. No decorrer dessas discussões, diversas outras pessoas foram convidadas a fazer parte desse movimento de pressão que buscava a inserção das PICS. A partir desse movimento, foi criada a Proposição de Lei n. 997, de 3 de março de 2012 (UBERLÂNDIA, 2012), que autorizava a criação do Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde e foi aprovada pela Câmara Municipal de Uberlândia. Entretanto, essa tentativa foi frustrada com o veto total desse Projeto de Lei por parte da Administração do município.

Em 2013, as PICS chegaram até a Secretaria de Saúde e a Lei n. 11.309 (UBERLÂNDIA, 2013a), que autoriza a criação do programa municipal de práticas integrativas e complementares de saúde em Uberlândia, foi aprovada. Cabe relatar que nesse período houve uma troca de Administração, mudando o contexto político da época. Essa mudança na conduta da gestão confirma a visão de que o campo é um espaço que está em constante transformação, se apresentando como um sistema de relações que estruturam o *habitus* (BOURDIEU, 1983), se reestruturando progressivamente por meio do conflito entre a situação presente e o *habitus* (SETTON, 2002).

Após a aprovação da Lei n. 11.309 (UBERLÂNDIA, 2013a), os principais planos traçados pela Secretaria de Saúde, Conselho de Saúde Municipal e os profissionais atuantes

nessa área, estavam relacionados com: a implantação do Horto e da farmácia de manipulação no município; o alcance de uma abrangência de metade das unidades da cidade oferecendo as PICS; e a criação do Centro de Referência de Práticas Integrativas. Dentre esses objetivos, apenas o último foi concretizado. Em entrevista, João atribui a dificuldade de concretizar algo já provado principalmente a questões de ordem técnica e política.

O campo da saúde parece ser influenciado por vieses políticos, o que impacta diretamente a tomada de decisão de gestores, principalmente se tratando de uma política de saúde como a PNPIC, que propõe uma mudança na abordagem nos tratamentos aos pacientes. Esse impacto pôde ser verificado nas falas de Carlos, João e André.

O gestor não se interessa por isso [pelas PICS]. O gestor, quando fala que vai fazer, ele faz só por uma questão política, para ganhar voto, é essa questão (Entrevista concedida por Carlos à pesquisadora, 2016).

Precisa ter coragem, o gestor precisa ter coragem para implantar a PICS. Não é uma coisa simples de implantar. Não porque ela em si seja difícil, é a disputa política (Entrevista concedida por João à pesquisadora, 2016).

Enquanto tiver na mão de vereador, deputado estadual, deputado federal, prefeitos, a possibilidade de doação de ambulância, de Santa Casa, de UPA, de não sei o que, nós estamos jogando dinheiro no lixo (Entrevista concedida por André à pesquisadora, 2016).

É possível perceber que todos eles enfatizam o papel e a responsabilidade dos gestores perante as decisões relacionadas à implantação de políticas, aquisição de bens e criação de novas unidades. Porém, a crítica se instala pelo fato de todos os gestores atuantes serem também políticos e, por isso, seus interesses políticos, por vezes, se sobrepõem aos interesses sociais, e aos da área de atuação na qual estes se encontram. O campo social se caracteriza como um campo de forças ou um campo de lutas, o que leva justamente ao conflito entre os agentes devido à diversidade de seus meios e fins. A posição de determinado agente dentro do campo irá contribuir para a transformação ou conservação de sua estrutura (BOURDIEU, 1996).

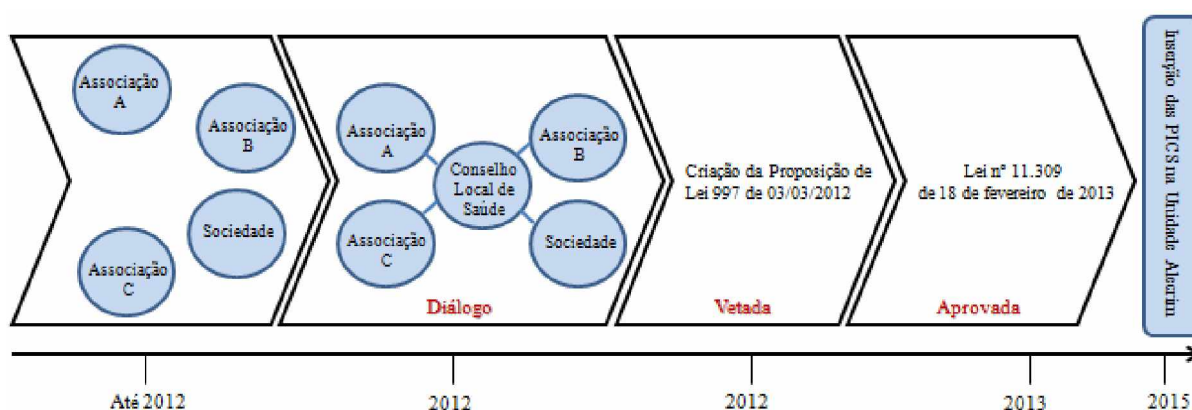
A Unidade Alecrim foi pioneira no oferecimento dos serviços das PICS, mas essa inserção foi marcada por dificuldades, conforme relado pela entrevistada Ângela. Quando as PICS foram introduzidas na Unidade Alecrim, foi realizado um projeto pelo Conselho Local de Saúde e a coordenação foi informada. Depois disso, a data para o início dos atendimentos foi estipulada e a coordenadora da unidade recebeu uma lista com nomes e telefones para entrar em contato e realizar os agendamentos das consultas. Entretanto, na data estipulada, não havia pacientes para a terapia e ninguém da unidade tinha conhecimento sobre esse

atendimento. Ao perceber essa situação, Ângela foi até a sala de espera e explicou para os presentes o papel do Conselho e o serviço que havia sido conquistado. Naquele momento, as pessoas que demonstraram interesse em ser consultadas já compuseram a agenda do dia.

Esse fato pode levar ao entendimento de uma resistência à prática de atendimento relativa às PICS. Os indivíduos, e nesse caso, a coordenação, incorporou as estruturas daquele campo específico (a Unidade Alecrim), fazendo com que suas ações e percepções também sejam estruturadas, e consequentemente, influenciadas por ele (BOURDIEU, 1996). A unidade desempenha serviços baseados nas práticas biomédicas há mais de 30 anos e quando a MI é inserida nesse campo já estruturado, ela exige mudanças que por vezes alguns atores não se mostram receptivos a fazer.

A Figura 9 sintetiza os relatos obtidos nas observações realizadas em reuniões (notas de campo) e da pesquisa documental sobre o movimento que levou à inauguração das PICS na Unidade Alecrim.

Figura 9 – Processo inicial da inserção das PICS



Fonte: elaboração da autora.

As demais unidades que começaram a oferecer as PICS foram aquelas que já tinham algum profissional especialista em alguma terapia que, por vezes, já era realizada mesmo antes da lei municipal. O início das atividades do Programa das PICS no SUS, desencadeou um movimento de pessoas com o objetivo de mobilizar e informar as comunidades das regiões norte, sul, centro, leste, oeste e zona rural de Uberlândia, estreitando o diálogo com a sociedade a respeito de informações sobre saúde, inclusive sobre as práticas integrativas e complementares.

Mesmo depois de três anos da aprovação da lei municipal, a concretização dos planos estabelecidos se mostra complexa. Em algumas reuniões com representantes das PICS e outros envolvidos (associações e indivíduos) notou-se que o principal objetivo era sempre

buscar a concretização da farmácia de manipulação e com isso inserir a fitoterapia, de fato, como uma parte necessária para as práticas de MI em Uberlândia. Dentre as dificuldades para alcançar esse objetivo, foram citadas pelos presentes na reunião: a incerteza quanto à administração do município; a difícil mobilização de autoridades; necessidade de maior cobrança e ações por parte tanto do Conselho de Saúde quanto da sociedade; *lobby* (indústria farmacêutica); mudança de paradigma (foco na saúde e não na doença). Além disso, foi destacada a importância do incentivo a pesquisas junto a universidades, pois isso possibilita que conhecimentos populares/tradicionais sejam testados e sua eficácia comprovada; e finalmente, foi destacada a escassez de profissionais atuantes com as PICS, demonstrando, assim, a necessidade de incentivos e qualificação dos profissionais já atuantes na rede pública de saúde (NOTAS DE CAMPO, 1/9/2016).

Entretanto, apesar de todos os entraves enfrentados, existe o reconhecimento de que a inserção das PICS em Uberlândia foi uma “revolução positiva” (NOTAS DE CAMPO, 10/8/2016), principalmente tendo em vista a inauguração do Centro de Referência e o visível aumento no número de atendimentos por essas terapias.

Em relatório detalhado do 1º quadrimestre de 2016, elaborado por funcionários da Prefeitura de Uberlândia, são destacadas algumas ações programadas e realizadas, e seus resultados, conforme o Quadro 14.

Quadro 14 – Ações programadas e realizadas das PICS em Uberlândia em 2016/1

Ações programadas e realizadas	Resultado	Período de implantação
Realização de 04 oficinas nos assentamentos Paciência e Florestan Fernandes.	Implantação do projeto resgatando o saber popular na agricultura familiar sobre uso de plantas medicinais, com total de 38 participantes.	Janeiro a abril de 2016
Realização de 02 reuniões para alinhamento sobre a inauguração do CRPICS - Centro de Referência de Práticas Integrativas Complementares em Saúde.	Inauguração do CRPICS no dia 11/03/2016	Fevereiro e março de 2016
Implantação no NASF Morumbi o atendimento em Reiki	Ampliar atendimento em PICS na APS.	Fevereiro de 2016
Organização do II Seminário PICS	Realizados 03 reuniões para alinhamento e organização do II Seminário de PICS. Seminário contou com a participação de 376 pessoas.	Fevereiro e março de 2016
Apoiar evento de comemoração ao dia Internacional das Mulheres	Evento realizado no parque do Sabiá onde foram atendidas 119 pessoas em diferentes práticas.	Março de 2016

Fonte: Uberlândia (2016).

As informações presentes no Quadro 14 mostram alguns dos esforços realizados, principalmente, para difundir e expandir os atendimentos das PICS na rede por meio de eventos, projetos e reuniões, buscando disseminar mais informações e conhecimentos sobre as mesmas. Essas atividades reforçam a importância da comunicação na área da saúde, que auxiliam no reconhecimento e na legitimação dessas práticas no SUS. Por isso, assumem papel fundamental e tornam-se necessárias as atividades de comunicação a fim de dialogar com os diversos atores envolvidos na inserção das PICS no SUS (MINAS GERAIS, 2014).

Por conseguinte, percebe-se que apesar das PICS estarem inseridas na rede e o município de Uberlândia ser considerado uma referência no desenvolvimento das PICS (UIPI, 2016), o processo de expansão ainda continua com diversos desafios a serem superados.

#### *4.1.2 Descrição das unidades analisadas*

A atenção básica de saúde pode ser caracterizada por um conjunto de ações que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (PAIM, 2015; ESCRIVÃO JUNIOR, 2012). No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da população. Ela conta com a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização, conforme os preceitos do SUS e considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural. Por isso, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2009). As Práticas Integrativas e Complementares estão inseridas nesse contexto, o que justifica a maior inserção na Atenção Básica.

A presente pesquisa foi realizada em três unidades distintas que oferecem as PICS em Uberlândia, dentre elas, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e um Centro de Referência de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CRPICS), sendo representadas pela Unidade Alecrim, pela Unidade Camomila e pela Unidade Malva, respectivamente.

A UBS é a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS, onde a comunidade deve conseguir resolver a maioria dos problemas com qualidade. Cada Unidade é responsável pela saúde de todos os habitantes de uma determinada região da cidade, chamada de área de abrangência. Nelas é disponibilizado atendimento médico nas clínicas básicas (clínica geral, pediatria, ginecologia-obstetrícia), além dos atendimentos de odontologia,



psicologia, serviço social e enfermagem. A unidade de atenção básica que tem a Estratégia Saúde da Família como forma de organização é denominada de UBSF. É composta por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. A equipe trabalha com área de abrangência definida de 3000 a 4000 pessoas, cuidando de todos os ciclos de vida, desde a o recém-nascido até os idosos, com vínculo e responsabilização pelas pessoas (UBERLÂNDIA, 2015).

O CRPICS é uma unidade que presta serviços em Práticas Integrativas e Complementares no SUS, contemplando áreas como a Homeopatia, Acupuntura, Medicina Antroposófica, Reiki, Auriculoterapia. Tem como objetivo atuar na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde (UBERLÂNDIA, 2015). Dessa forma, segue Quadro 15, com os respectivos períodos de oferecimento das PICS em cada unidade, assim como características das mesmas.

Quadro 15 – Características das unidades analisadas

	Início da oferta das PICS	Abrangência (população atendida)	Inauguração da unidade
<b>Unidade Malva</b>	2016	Pode receber pacientes de todas as regiões da cidade, conforme encaminhamento das outras unidades (aquelas que não ofereçam as PICS)	2016
<b>Unidade Camomila</b>	2012	Aproximadamente 5.800	2012
<b>Unidade Alecrim</b>	2015	Aproximadamente 26.110 pessoas	1982

Fonte: dados da pesquisa documental

Conforme abordado anteriormente, a Unidade Alecrim é a pioneira na oferta dos serviços das PICS, e é caracterizada por estar localizada na região central da cidade e pelo maior fluxo de pacientes nos atendimentos em geral, como pode ser verificado no quadro acima. A Unidade Camomila oferece as PICS desde sua inauguração, que ocorreu em 2012. É uma unidade de menor porte que tem uma abrangência aproximada de 5800 pessoas na região oeste da cidade. Já a Unidade Malva foi inaugurada em 2016 e se diferencia das outras duas pelo seu propósito. Ela foi idealizada para ser um local de referência e centralização das práticas integrativas e complementares. Pode receber pacientes de todas as regiões da cidade conforme encaminhamentos de outras unidades, principalmente daquelas que não oferecem as PICS.

## 4.2 As práticas de *organizing*

As categorias presentes nesta seção se referem àquelas explicitadas na seção 3.4, Quadro 11: os valores associados com a MI; as imagens ou formas de representar a MI pelos públicos pesquisados; as novas práticas adotadas e mudanças para acomodar interesses dos atores estratégicos envolvidos com a inserção das PICS nas unidades; as formas de interação e diálogo entre os atores estratégicos para conduzir a inserção das PICS; e as formas de disseminação das PICS entre esses atores.

O *organizing* pode ser entendido como a criação de práticas estruturais e processos de coordenação pelos atores internos da organização, para que se estabeleça a identidade, a cultura e os interesses da empresa (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006). Essas práticas podem ser remetidas àquelas incorporadas à ECP, sendo definidas como comportamentos rotineiros que possuem diversos elementos que se relacionam entre si, podendo ser em formas de atividades corporais, formas de atividades mentais, o *know-how* e os estados emocionais (RECKWITZ, 2002). Essas práticas ainda podem ser entendidas como as rotinas e as normas do trabalho estratégico, podendo ser operadas de forma independente, por meio de equipes de projetos estratégicos, ou de maneira implícita com as diversas ferramentas estratégicas e técnicas analíticas (WHITTINGTON, 2007).

Em relação aos valores associados à MI, a análise das entrevistas dos pesquisados das três unidades mostrou semelhanças. O oferecimento dessas terapias pela rede pública de saúde é entendido como um “ganho”, um “avanço” e, para alguns, ainda representa “um sonho”. Essas interpretações podem fazer com que os profissionais acreditem no propósito dessas terapias e desenvolvam ações objetivando a ampliação e o fortalecimento das PICS no município. Os valores que orientam a relação dos entrevistados com as atividades de MI favorecem uma constante promoção e melhoria dos serviços relacionados às PICS.

É uma evolução muito grande, porque as terapias, muitas delas, só particular, e particular é caro. Qual que é o nosso principal objetivo? Abranger o menos favorecidos, aquele que não tem condição de pagar (Entrevista concedida por Simone à pesquisadora, 2016).

É um avanço muito grande, por quê? Ao mesmo tempo que você tá humanizando mais o atendimento, você tá vendo o paciente como um todo, é uma economia muito grande. É, existe um trabalho lá em Campinas, eles fizeram treinamento parece que com 50 médicos na parte de cranioacupuntura. No período de 3 a 4 meses, eles diminuíram em 30% o uso de anti-inflamatórios, então é uma economia muito interessante, porque são práticas que normalmente não são caras, não são...tecnologicamente não

tem muitos aparelhos necessários, mas que tem uma capacidade de resolução muito boa (Entrevista concedida por Jonas à pesquisadora, 2016).

Nossa, é um ganho muito grande, porque se você for pagar uma consulta, uma acupuntura, ou uma homeopatia, qualquer prática integrativa por fora é caro (Entrevista concedida por Denise à pesquisadora, 2016).

Sonho (Entrevista concedida por Carla à pesquisadora, 2016).

Nossa! Isso é um sonho (Entrevista concedida por Vânia à pesquisadora, 2016).

Além dos valores que levam os profissionais de saúde a entenderem a MI de forma positiva, os valores dos usuários também mostram um entendimento positivo da oferta da MI pela rede pública de saúde: valorizam essa oferta porque entendem que as condições de obter acesso a esses serviços pelo setor privado é cara e não podem pagar, valorizam a possibilidade de poderem usar a MI para complementar outros tratamentos, valorizam a MI porque esta diminui a dor e a quantidade de remédios utilizados para dores. Isso mostra os aspectos da MI que os usuários valorizam, uma vez que as a PICS estão auxiliando-os com seus tratamentos.

Muito bom, foi uma coisa muito boa para a cidade [...] porque a gente não tem condição, de pagar (Entrevista concedida pela Usuária Reiki/Alecrim à pesquisadora, 2016).

É ótimo, custa caro [no setor privado] (Entrevista concedida pela Usuária Acupuntura/Malva à pesquisadora, 2016).

Essas coisas [as PICS], para gente pagar por fora, é muito caro [...] não tem condição (Entrevista concedida pela Usuária Acupuntura/Camomila à pesquisadora, 2016).

O mais interessante é isso, a gratuidade, às vezes as pessoas não têm condições financeiras de pagar (Entrevista concedida pelo Usuário de Acupuntura, Reiki e Auriculoterapia/Alecrim à pesquisadora, 2016).

Essas opiniões convergem para o aspecto da acessibilidade aos serviços. Os serviços relativos às PICS geralmente demandam um investimento alto que muitas pessoas não possuem condições de pagar. Por isso, o fato dessas práticas terem sido inseridas na rede pública vai ao encontro de um dos princípios primordiais do SUS: a equidade, ou seja, uma situação em que todos possam ter acesso aos serviços de saúde dentro de suas necessidades com financiamento estatal (VECINA NETO, 2016).

Em relação às imagens ou formas de representar a MI, também há um entendimento comum entre os atores atuantes nas unidades analisadas sobre o entendimento da MI e das PICS. É possível notar as semelhanças na maioria das falas dos entrevistados, que enxergam

nesse tipo de cuidado, uma forma de prevenir doenças, ver o paciente em sua totalidade, e ainda uma maneira de somar ou complementar os conhecimentos com a biomedicina (BRAVEWELL, 2011; RAKEL, 2012), ou seja, não existe, por parte dos profissionais de saúde entrevistados, intenção de substituição ou comparação entre PICS e a abordagem biomédica. A proposta é integrar e trabalhar em prol do benefício dos usuários que são os maiores interessados. Esse entendimento pode ser observado em algumas falas apresentadas a seguir.

A medicina integrativa é uma forma antiga e nova de olhar para o paciente. É uma forma de olhar pro paciente como um todo, porque principalmente no paradigma da medicina chinesa, a gente não separa o corpo, o sentimento, e o pensamento [...] e essa mudança de paradigma é interessante [...] Porque a gente começa a entender melhor como que funciona o processo de prevenção, de adoecimento e de cura do paciente (Entrevista concedida por Jonas à pesquisadora, 2016).

Acho que nós não temos que ser taxativos e fechar, não, só alopatia não pode. Pode sim. [...] temos que mudar a visão. Hoje a gente está mais com a visão curativa. Todo mundo está preocupado com hospital, preocupado com UAI. Mas poderia ser diferente, se a gente evitasse que o paciente adoecesse. Isso tem como fazer. E é a proposta da saúde, justamente trabalhar a prevenção [...] E as propostas das práticas complementares é justamente para isso (Entrevista concedida por Elisa à pesquisadora, 2016).

São várias práticas em saúde, vários sistemas terapêuticos que tem o objetivo de complementar a assistência em saúde ao paciente, com enfoque na promoção da saúde. As práticas integrativas, elas são salutogênicas. É um novo paradigma [...] a ideia, então, é promover, é trabalhar com as pessoas dando condições para elas, para elas adquirirem essa... essa visão mais distanciada do problema, menos emocional, buscando as soluções (Entrevista concedida por Tânia à pesquisadora, 2016).

Ela é integrativa e complementar. Na verdade, muitos confundem, muitos não aceitam, porque acham que a gente vai estar tomando lugar, e não é isso, como eu disse, o próprio nome já diz, é integrativa e complementar. Na verdade, nós deveríamos usar as práticas integrativas como prevenção, e, na verdade, a gente já está usando como cura (Entrevista concedida por Simone à pesquisadora, 2016).

Além da visão voltada para a promoção da saúde, esta pesquisa também identificou que os profissionais de saúde entrevistados citaram a mudança de paradigma que a MI traz para o campo da saúde pública (MAIZES, 1999; GAUDET, 1998; OTANI; BARROS, 2011). Este pode ser um dos motivos apontados para a resistência ainda presente entre alguns profissionais em relação às PICS. Tendo em vista que essa imagem da mudança de paradigma ainda não é compartilhada por vários profissionais da saúde e por usuários do sistema de saúde. Ao não compartilhar essa imagem de um "novo" paradigma complementar, vê ainda a

necessidade dos profissionais das PICS não apenas de executam o seu trabalho, mas também de assumirem o papel de disseminadores e educadores do papel das PICS. Uma imagem citada pelos entrevistados que buscam esclarecer a natureza preventiva e complementar sobre as PICS.

Em relação às novas práticas adotadas e às mudanças para acomodar interesses dos atores estratégicos, foi possível notar algumas especificidades no cotidiano de trabalho, quanto às rotinas organizacionais e quanto a maneira de atender os pacientes.

A proposta trazida pela abordagem da MI faz com que seja notada diferença nas práticas de consultas dos pacientes em todas as unidades que fizeram parte desta pesquisa. As consultas são mais longas e é realizada uma espécie de entrevista com o paciente, buscando saber de seu histórico e sintomas. Esse contato um pouco mais prolongado com o paciente gera percepções positivas, que puderam ser observadas entre os usuários entrevistados.

É muito boa [a relação com a terapeuta], uma nova amiga que eu encontrei (Entrevista concedida pela Usuária Reiki/Alecrim à pesquisadora, 2016).

Muito prestativa (Entrevista concedida pelo Usuário Auriculoterapia/Alecrim à pesquisadora, 2016).

É muito boa, eles te tratam bem, te acalmam, você sai aliviada (Entrevista concedida pela Usuária Acupuntura/Malva à pesquisadora, 2016).

A consulta é diferente, perguntam mais, conversam mais, investigam (Entrevista concedida pela Usuária Acupuntura/Malva à pesquisadora, 2016).

Então, por mais que seja notada a prevalência de uma determinada estrutura social (o modelo biomédico), ela pode vir a sofrer mudanças quando os profissionais começam a agir diferente dessas maneiras estabelecidas de fazer as coisas e assumem diferentes papéis na estruturação das PICS (GIDDENS, 2009). Essa mudança foi percebida por diversos usuários, que afirmaram ter um relacionamento diferente com esses terapeutas de maneira geral.

Nas três unidades de saúde analisadas foi possível notar aspectos em comum no que se refere às rotinas cotidianas das coordenações. As atividades são realizadas de acordo com as demandas diárias, podendo ser relacionadas a questões técnicas ou de manutenção, não se restringindo à gestão. Já a coordenação geral das PICS desenvolve atividades mais relacionadas com a divulgação dessas práticas na rede, além de manter-se constantemente em diálogo com o Conselho Municipal de Saúde. Essas características descritas acima podem ser observadas nas falas de Vanda e João.

Porque a gente é responsável por tudo dentro da unidade. É, tanto em questão administrativa, como em questão técnica e de manutenção, de tudo. Então não tem uma rotina, eu tenho algumas rotinas, que são assim, o dia de encaminhar folha de ponto, o dia de encaminhar plano de solicitação de vale transporte, que diferencia um pouco [...] mas em relação ao trabalho mesmo geral, não tem muita rotina. É de acordo com a demanda mesmo. Tem dia que eu chego, “ah tá faltando isso”, “não tá funcionando isso”, aí a gente tem que correr atrás entendeu?(Entrevista concedida por Vanda à pesquisadora, 2016).

Desde 2013, [as atividades da coordenação geral das PICS] sempre foi de estar divulgando dentro da rede, para os profissionais a ideia, a proposta do governo municipal de implantar a Política Municipal das Práticas Integrativas Complementares em Saúde. Foi todo um propósito de trabalhar com os profissionais, fazer um levantamento com os profissionais, isso reunindo as coordenações dos diversos programas, dos setores da Secretaria, falando das PICS e convidando os profissionais que tinham interesse em vir participar (Entrevista concedida por João à pesquisadora, 2016).

A dinamicidade das práticas desempenhadas pelas atividades de coordenação indica que tanto as organizações quanto as estratégias estão constantemente sendo feitas e refeitas, tornando-se reconcebidas como atividades do *organizing* (WHITTINGTON et al., 2006). Essa característica também é observada nas rotinas dos profissionais de saúde que atuam dentro das três unidades analisadas. Todos os profissionais de saúde entrevistados trabalham em mais de uma unidade da rede, dividindo seu horário de trabalho entre elas.

Outro fato identificado foi a prática de mais de um tipo de terapia, como no caso de um dos acupunturistas entrevistados, atuante na Unidade Alecrim. O foco do seu atendimento é a Acupuntura, entretanto ele também trabalha com a homeopatia, plantas medicinais e massoterapia. Dependendo da anamnese que ele faz com o paciente (histórico que vai desde os sintomas iniciais até o momento da observação clínica, realizado com base nas lembranças do paciente), ele indica o que é mais apropriado para aquele caso específico. Essa prática remete ao conceito de “expansão”, identificado por Nicolini (2007). Quando novas práticas são incorporadas pela organização, elas são redistribuídas ou reformuladas, ou seja, esse ator estratégico está desempenhando uma atividade que vai além de sua atribuição como acupunturista.

A área da Medicina Antroposófica, oferecida na Unidade Malva, também apresentou uma particularidade, pois a profissional, além dos atendimentos, realiza atividades de pesquisa e ensino. Ela ministra cursos de formação para os profissionais da saúde, tratando sobre as noções básicas de antroposofia aplicada a saúde; para os professores das EMEIS (Rede Municipal de Educação Infantil), Princípios Antroposóficos na Educação Infantil; e ainda para pediatras que coordenam o matriciamento do Programa Saúde da Família. Essa

prática é relevante, pois promove conhecimento aos profissionais que são submetidos aos cursos e ainda fornece suporte para pesquisas dentro dessa área, temas constantemente destacados em relatórios e documentos de órgão da saúde (WHO, 2002; UBERLÂNDIA, 2013a; MINAS GERAIS, 2014).

Notou-se ainda que a dinâmica nas relações não se restringe ao público interno nas unidades analisadas. Tanto a representante do Conselho Municipal de Saúde quanto a representante da Comissão Consultiva das PICS desempenham um trabalho de interação e articulação constantes para que as PICS efetivamente sejam inseridas no sistema e funcione da melhor maneira para os usuários. Ângela e Kátia ressaltam essas articulações, principalmente no intuito de informar, divulgar e envolver a comunidade no processo de inserção das PICS.

A função do Conselho é mais de parceria do que fiscalização, mas as melhorias são cobradas [...]. A gente faz as reuniões nas salas de espera da unidade, a gente não reuni separado, então a gente chega ali, a sala de espera tá cheia de pacientes, a gente reuni na sala de espera. [...] É sempre junto com a população, a gente discute muito [...] a gente tenta envolver a população o máximo possível (Entrevista concedida por Ângela à pesquisadora, 2016).

Dentro das PICS existe uma Comissão Consultiva, ela não tem poder de decidir, mas ela tem o poder de andar em todos os departamentos, ajudar, auxiliar, falar o que tá precisando, cobrar principalmente da gestão. Hoje na comissão são 7 membros, cada membro representa uma parte, então nós temos a sociedade civil que sou eu, eu represento toda a população de Uberlândia, tem quem representa os servidores, tem quem representa a comunidade científica, tem quem representa os trabalhadores rurais, então são vários ramos (Entrevista concedida por Kátia à pesquisadora, 2016).

As práticas descritas – diferenciação nos atendimentos, dinamismo no cotidiano, divulgação por meio da participação ativa do Conselho e ensino e pesquisa – são consideradas práticas de *organizing* que ocorrem nas respectivas unidades onde são desempenhadas (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006), influenciando interesses e a cultura da organização.

Considerando que a proposta da MI é distinta daquela que predomina atualmente na área da saúde, notou-se que o processo de inserção das PICS na rede pública, já abordado na seção 4.1, demandou tempo, além da participação e o diálogo entre associações, entidades clássicas, e a sociedade que fez um movimento para que fosse possível de fato inserir essas práticas na rede pública, criando o amparo legal (Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares) necessário para a atuação desses profissionais no SUS (GIDDENS, 2009). Esse trabalho social ainda está sendo realizado, principalmente devido a percepções de resistência, tanto interna quanto externamente às unidades.

Não foi possível perceber uma política de definição de estratégias ou planejamentos especificamente relacionados às PICS nas unidades analisadas. A criação da proposta que buscava inserir os serviços das PICS em Uberlândia foi discutida entre Secretaria de Saúde, Conselho de Saúde e alguns trabalhadores, entretanto, percebe-se que os objetivos são estabelecidos de maneira ampla, conforme consta nas diretrizes estratégicas relacionadas às PICS da Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Uberlândia (PMPICS), no Quadro 8. Além disso, foi visto que, a primeira unidade a oferecer os serviços da PICS no município (Unidade Alecrim), o fez devido às ações do Conselho Local de Saúde, juntamente com a população local, ou seja, não foram realizados estudos ou planejamentos para que se estabelecesse aquela unidade como pioneira. Em entrevista, João cita que dentre os principais objetivos a serem alcançados estavam: a concretização da implantação do Horto; a implantação da farmácia de manipulação; conseguir com que pelo menos 50% das unidades oferecesse pelo menos uma terapia das PICS; e criar um Centro de Referência de Práticas Integrativas.

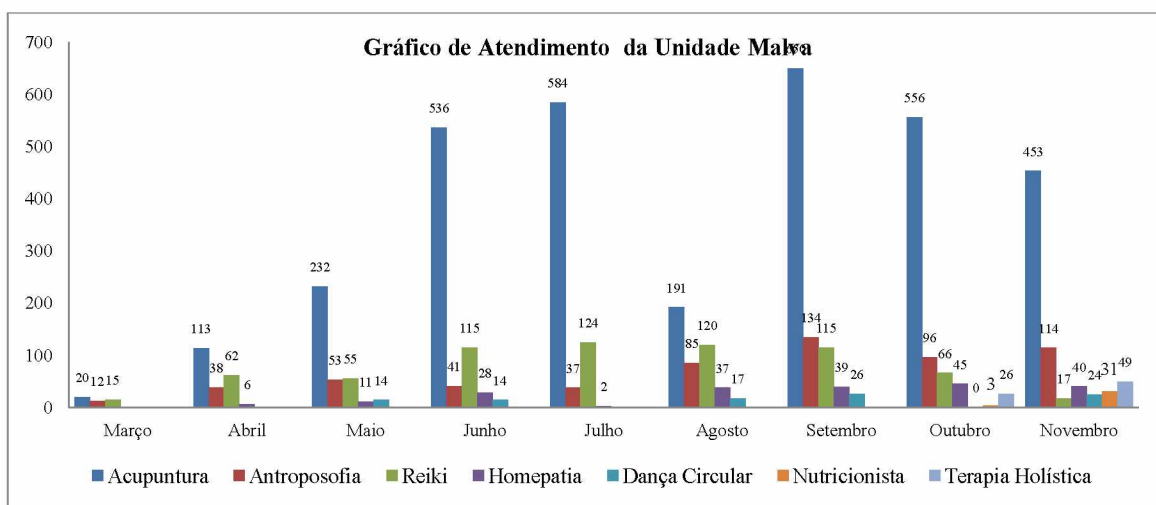
Dos objetivos citados pelo entrevistado, apenas a criação do Centro de Referência foi concretizado. As estratégias relacionadas às PICS estão presentes também no Plano Municipal de Saúde 2014-2017, que visa orientar a gestão municipal nesse período, com as seguintes proposições: implementar as diretrizes das Práticas Integrativas e Complementares no modelo de atenção à saúde; implantar o Centro de Referência das Práticas Integrativas e Complementares e inserir tais práticas na Atenção Primária à Saúde; e apoiar a consolidação das Práticas Integrativas e Complementares no que diz respeito à assistência farmacêutica.

Assim, tendo em vista que são as atividades situadas dos atores estratégicos que irão direcionar o atingimento da estratégia (JOHNSON; MELIN; WHITTINGTON, 2003; JARZABKOWSKI, 2005), seria necessário que cada unidade que oferece o serviço das PICS estabelecesse suas prioridades e objetivos a serem atingidos, considerando não só as normas da estrutura social na qual estão inseridas (GIDDENS, 2009), mas também o contexto e os recursos (materiais, humanos) que cada uma possui para alcançá-los. Essa ação possibilitaria o estabelecimento de objetivos mais tangíveis, o que pode diminuir a distância entre o planejado e o concretizado.

Em relação às práticas de controle e monitoramento, notou-se que são mínimas entre as unidades analisadas. Foi notado apenas um acompanhamento quantitativo pela Unidade Malva, da evolução no número de atendimentos (Gráfico 1) e das faltas de pacientes nas diferentes terapias.



Gráfico 1 – Evolução nos atendimentos da Unidade Malva em 2016



Fonte: dados da pesquisa documental

Dessa forma, essa postura foi percebida apenas na Unidade Malva, que fornece especificamente esses serviços. Nas outras duas unidades, esse controle não é realizado pelas coordenações, o que pode representar indiretamente uma resistência às PICS, uma vez que as mesmas não são monitoradas e acompanhadas pelos coordenadores. Devido aos profissionais já terem uma rotina estabelecida, como se fossem repertórios ou rituais de ação, a adesão de novidades se torna ainda mais difícil para a organização como um todo (JARZABKOWSKI, 2004).

Um fato interessante surgiu da fala de uma das entrevistadas como forma de sugestão no que se refere a estratégias de autonomia para os pacientes das PICS, pois na sua visão, não há um mecanismo estabelecido para dar alta a esses pacientes que por vezes podem se tornar dependentes dessas terapias.

Porque tem paciente que ele não deixa de ser paciente das práticas, eu percebo que tem paciente que iniciou quando eles [profissionais das PICS] vieram para cá, e continua até hoje. Então, eu não sei, eu penso que às vezes teria que ter uma maneira, uma estratégia, e um objetivo de tentar ir dando autonomia para esse paciente, não sei de que forma...porque senão ele vai ficar o resto da vida dele dependendo das práticas, e aí o que acontece, acaba que ele não dá oportunidade para quem ainda não passou entendeu. [...] a gente tem que incentivar o autocuidado (Entrevista concedida por Vanda à pesquisadora, 2016).

As ações sugeridas por meio dessa fala remetem à ideia de corresponsabilidade citada na PNPIC. Essa política além de reconhecer a inserção dessas terapias nas unidades de saúde, busca contribuir para a corresponsabilidade dos indivíduos pela sua própria saúde, ou seja, o paciente também é responsável pelo seu estado de saúde e precisa desenvolver ações que

busquem manter esse estado saudável, dentro de suas possibilidades, desenvolvendo então, essa autonomia e autocuidado, contribuindo acima de tudo para o exercício da cidadania (BRASIL, 2006). Além disso, essa característica destacada por essa entrevistada remete à falta de estabelecimento de padrões de atendimento, desafio identificado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002).

Em relação às formas de interação e diálogo entre os atores estratégicos para conduzir a inserção das PICS, identificou-se interações anteriores à inserção, feitas entre os atores supracitados (associações, profissionais engajados com as PICS, sociedade) e aquelas dentro das unidades, entre os profissionais.

As interações no cotidiano de trabalho se divergem principalmente entre dois pontos opostos. Há aqueles funcionários que a percebem como sendo “boa”, “tranquila” e “coesa”, devido a fatores como a facilidade de encaminhamentos entre as terapias dentro da mesma unidade; ao próprio contato no dia-a-dia; e ao fato dos profissionais já estarem trabalhando há algum tempo juntos. Apesar de ainda apresentar falhas, foi percebida uma interação maior entre os profissionais da Unidade Malva, aquela que oferece exclusivamente os serviços das PICS. A facilidade de comunicação entre esses profissionais e suas interações constantes facilitam o processo de inserção das PICS já que permitem uma maior fluidez em seus processos (MINAS GERAIS, 2014).

Por outro lado, há aquelas pessoas que acreditam que a interação é “fraca”, “não é boa” e que “é um processo”. Essas definições estão relacionadas à fraqueza nas relações entre os profissionais, principalmente de áreas distintas; à falta de uma política de reuniões periódicas; e à falta de conhecimento por parte de muitos profissionais do que realmente são as PICS e qual a sua real proposta dentro da rede. O espectro de opiniões distintas dentro dos mesmos ambientes de trabalho pode estar relacionado às diferenças históricas e culturais, que fazem com que surjam percepções destoantes (FENTON; LANGLEY, 2011).

Em relação às formas de disseminação das PICS entre esses atores, percebeu-se a existência de uma comunicação fraca. Conforme citado anteriormente, foi possível notar a baixa frequência de reuniões, principalmente para se tratar especificamente das PICS. A Unidade Malva demonstrou a existência de uma política mensal de reuniões relacionadas às PICS, em que são discutidos pontos específicos dos atendimentos da unidade, esclarecimentos administrativos aos funcionários, assim como dificuldades ainda enfrentadas pelas PICS (NOTAS DE CAMPO, 4/10/2016). Entretanto, não são todos os profissionais que participam devido a outras atribuições que os mesmos possuem. Esse fator pode ser uma das causas do baixo conhecimento dessas práticas dentre os profissionais da rede e de algumas percepções

negativas sobre a interação por parte de alguns atores que atuam nessas unidades. Nas outras duas unidades analisadas, Unidade Camomila e Unidade Alecrim, percebeu-se a realização de reuniões, porém não foi possível perceber se são discutidos assuntos específicos das PICS nas reuniões de equipe geral realizadas.

Assim, diante da análise realizada, as práticas de *organizing* consideradas foram: práticas diferenciadas nos atendimentos; práticas cotidianas dinâmicas; práticas de divulgação, ampliação ou fortalecimento das PICS; práticas “inovadoras” (ensino e pesquisa na Medicina Antroposófica); práticas de controle quantitativo de atendimentos; e representações ligadas à prevenção.

### 4.3 As práticas de *strategizing*

Nesta seção, as categorias a serem abordadas se referem àquelas explicitadas na seção 3.4, Quadro 11: objetivos (interesses e expectativas com a inserção da MI no atendimento público de saúde); avaliação sobre a destinação de recursos para MI; entendimento sobre as novas práticas e os tipos de mudanças trazidas para a unidade de saúde pela oferta da MI; tensão/consensos e divergências a respeito dos resultados da inserção das novas práticas de MI e tensão/consensos e divergências a respeito do futuro da MI no atendimento público de saúde.

As práticas de *strategizing* são aquelas relacionadas ao planejamento, à alocação de recursos, às práticas de monitoramento pelas quais a estratégia é estabelecida (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006). Semelhante à práxis, busca-se analisar o fluxo de atividades no quais a estratégia é alcançada ao longo do tempo, sendo relacionada com atividades ligadas ao planejamento e tomada de decisão (JARZABKOWSKI; SPEE, 2009). É, de fato, o trabalho do “fazer estratégia” (WHITTINGTON, 2007), ou seja, todas as diversas atividades envolvidas na formulação e implementação da estratégia.

Em relação aos objetivos, a pesquisa mostrou que os interesses e as expectativas com a inserção da MI no atendimento público de saúde da a maioria dos entrevistados – profissionais de saúde e usuários – converge para um ponto comum: a expansão/ampliação do oferecimento das PICS na rede municipal de saúde. Para que, de fato, as PICS sejam reconhecidas e conhecidas tanto pela população em geral quanto pelos profissionais, é preciso que elas estejam presentes em todas as unidades de saúde do município. Em relação à implantação da farmácia popular, este foi identificado como um dos principais objetivos a serem alcançados, porque representaria a consolidação da MI na rede municipal de saúde.

Que envolvam mais profissionais, que as pessoas possam interagir melhor e ter uma aceitação melhor [...] nós não estamos aqui para ocupar o espaço de ninguém, as práticas não vieram para ocupar ou tomar o lugar do atendimento médico convencional [...] nós viemos para complementar (Entrevista concedida por Simone à pesquisadora, 2016).

Hoje a expectativa é de uma maior inserção, de poder ter uma expansão dos serviços [...]. Existe o projeto já da farmácia popular, que envolve agronomia, biologia, farmacêuticos e médicos, que ainda tá em fase de implantação, mas é uma coisa fantástica, os modelos que já funcionaram são muito bons, então a perspectiva é de ampliar (Entrevista concedida por Jonas à pesquisadora, 2016).

Expandir, melhorar, é, e acrescentar, que venham mais profissionais pra somar com a gente (Entrevista concedida por Tássia à pesquisadora, 2016).

É muito bom, que continue, aumentando cada vez mais (Entrevista concedida pelo Usuário Acupuntura/Alecrim à pesquisadora, 2016).

Outro aspecto relacionado ao alcance de objetivos diz respeito ao entendimento dos profissionais de saúde entrevistados em relação à incerteza do empenho político em direção à MI e à frustração ao exporem seus interesses e expectativas de ampliação da MI na rede pública de saúde. Esses sentimentos têm origem na interpretação de que as PICS, embora regulamentadas em âmbito federal, dependem de políticas e do interesse local: seja sobre o que (conteúdo, atividades, equipamentos) e quando (em que ritmo) implementar. A demora e/ou não concretização de projetos como, por exemplo, a farmácia popular, não são apenas resultado, mas também contribuem para a falta de conhecimento e preparo dos profissionais no que se refere a inserção das PICS, o que também foi identificado em outro estudo realizado por Ischkanian e Pelicioni (2012). O entrevistado Carlos destaca questões sobre a dificuldade de inserção dessas práticas.

Porque o gestor não se interessa por isso. O gestor, quando fala que vai fazer, ele faz só por uma questão política, para ganhar voto, é essa questão. Apesar de o Ministério da Saúde já ter lançado desde 2006, falando que todos os municípios podem, essa que foi a questão, você pode, você não deve, se colocassem lá, você deve, ela já estaria, e se fosse igual a vacinação contra a varíola, contra o HPV, seriam mais divulgados, seria mais intensivo essas técnicas, como não é, então, infelizmente (Entrevista concedida por Carlos à pesquisadora, 2016).

Assim, os profissionais de saúde envolvidos na implantação das PICS falam da dificuldade das condições de gestão para o atingimento de objetivos e necessidade de superar a resistência de outros profissionais de saúde que são contrários à MI. Um argumento importante dos profissionais de saúde que valorizam a MI e têm como objetivo a consolidação

e ampliação das PICS é o custo de implantação dessas práticas. Visto que são menores se comparados a outros programas de saúde, pois não envolvem a utilização de muitos equipamentos, materiais ou tecnologia. Os custos se restringem basicamente a materiais básicos (agulhas, macas, algodão, dentre outros), estrutura e profissionais (SANTOS et al., 2009).

A resistência às PICS pode ser explicada devido à incorporação de outras regras e de novas relações que influenciam o processo de estruturação (GIDDENS, 2009) e transformam o campo da saúde (BOURDIEU, 1983). A partir da rotina de se analisar a doença e tratá-la, por exemplo, sem o hábito de considerar aspectos emocionais ou psicológicos do paciente, os profissionais se fecham para um novo programa que visa integrar e complementar outros tratamentos (JARZABKOWSKI, 2004), que concebe e enxerga o indivíduo de maneira integral e mudando a forma de trabalhar, com uma incorporação de equipes multidisciplinares (RAKEL, 2012). Um dos profissionais de saúde entrevistados, João relata sobre essa dificuldade e enfatiza os fatores contextuais que envolvem o campo da saúde, o qual ele chama de “mercado da doença”, em que o foco é mais curativo do que preventivo.

Se o gestor for inteligente, ele vai entender que as práticas integrativas terminam sendo muito mais barato para ele. Ele atende melhor a população, gastando menos. Mas infelizmente, por N interesses, interesses econômicos, interesses outros, no Brasil, a gente pode falar mais porque a gente conhece um pouco, tem muita dificuldade para andar, exatamente por isso, porque se você coloca no município a possibilidade do usuário ter acesso as práticas integrativas em toda a rede, com certeza você vai reduzir drasticamente o número de medicamento usado pelas pessoas. Vai reduzir o número de exames, de internações. Então isso, o sistema tem um prejuízo grande para a indústria farmacêutica, para laboratórios, hospitais. As pessoas sadias não interessam para o mercado da saúde. Ou o mercado da doença, como queira chamar. Então pessoas sadias, não dá lucro para esse povo. Então eu acho que o grande avanço das práticas integrativas é trazer essa possibilidade de cuidar das pessoas sem ter que usar tantos medicamentos, e todo dia estar no médico, atrás de medicamento, e exame, que muitas vezes não resolvem nada (Entrevista concedida por João à pesquisadora, 2016).

Em relação à avaliação sobre a destinação de recursos para MI, os gestores informaram que os recursos geralmente são obtidos por meio de edital e são incorporados dentro do bloco da Atenção Básica, ou seja, não é enviado especificamente para as PICS. Entretanto, devido às particularidades dos serviços oferecidos pelas PICS, inclusive as atividades que envolvem a fitoterapia e a farmácia, Simone e Elisa acreditam que o orçamento e a disponibilização de recursos deveriam ser independentes da Atenção Básica.

Quanto aos profissionais atuantes com as PICS, foi quase unanimidade a falta de conhecimento sobre a distribuição de recursos e por isso não conseguiram avaliá-lo. Por isso,

a entrevistada Tássia relata sua frustração devido à falta de informações sobre a destinação e distribuição de recursos para as PICS. Ela sugere que o assunto – recursos disponíveis para as PICS– seja discutido em reuniões com todos os funcionários, pois de acordo com ela, quando se trata de outros programas, como a Tuberculose, por exemplo, todos sabem como funciona. Em relação à destinação e distribuição de recursos para as PICS, os relatos dos entrevistados podem ser o reflexo de ser um programa novo no município, indo contra os *habitus* estruturados (BOURDIEU, 1996), que são adquiridos por experiências práticas em condições sociais específicas. Ou seja, a gestão de cada unidade de saúde ainda precisa se familiarizar com o processo de disponibilização de recurso para as PICS especificamente para poder repassá-lo da mesma forma que acontece com programas já estabelecidos (SETTON, 2002). Já os profissionais Jonas, Vânia e Rodrigo destacaram a carência e a dificuldade de se conseguir uma infraestrutura e materiais adequados para atendimento, levando à impressão de uma avaliação negativa sobre a destinação de recursos de maneira geral.

Em relação ao entendimento sobre as novas práticas e os tipos de mudanças trazidas para a unidade de saúde pela oferta da MI, nas três unidades analisadas, foi possível notar que os profissionais compreendem a proposta de integração da MI, entre os tratamentos alopáticos e as PICS, porém na prática esse diálogo ainda não ocorre da forma que gostariam, mas acontece. Dos 51 usuários entrevistados, 30% estão sendo atendidos pelas PICS devido ao encaminhamento de médicos das diversas Unidades Básicas de Saúde da cidade, o que indica confiança e abertura a essas terapias.

Os encaminhamentos da acupuntura e da homeopatia, nas unidades analisadas, funcionam por meio de um sistema chamado SISREG (Sistema Nacional de Regulação), criado pelo DATASUS (Departamento de Informática do SUS) e fornecido pelo Ministério da Saúde de forma gratuita e não compulsória. É um sistema web, que objetiva gerenciar todo complexo regulatório, através de módulos que permitem desde inserção da oferta até a solicitação, pela rede básica, de consultas, exames e procedimentos de média e alta complexidade, bem como a regulação de leitos hospitalares, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde. Para que o sistema seja implantado no município ou estado é necessária a manifestação do Gestor da Saúde, por meio de um ofício (PORTAL BRASIL, 2016).

As demais terapias são marcadas via e-mail entre as unidades. Foi possível perceber a existência de funcionários contrários à fila de espera para atendimento ser geral, por essa regulação, conforme fala de Elisa: “Ele tinha que ter uma... eu não concordo muito com a regulação. Eu acho que ele não tem que ser como a fila pública não, eu acho que ele tem que

ter uma central específica para os atendimentos em PICS” (Entrevista concedida por Elisa à pesquisadora, 2016).

Ademais, para que a pessoa seja consultada pelas PICS ela precisa ser encaminhada por qualquer profissional de nível superior que atue dentro de alguma unidade de saúde da rede pública, seja ele médico, fisioterapeuta, psicólogo, etc. A interação entre os terapeutas que atuam com as PICS e os outros profissionais atuantes nas unidades, com o intuito de se ajudarem e principalmente, beneficiarem os pacientes, é defendida por Rodrigo, que cita a necessidade de se considerar sim a questão energética (que é mais trabalhada nas PICS), mas também não negligenciar os aspectos fisiológicos, que são igualmente importantes. Além disso, ele destaca a relevância do conhecimento técnico e da formação adequada para os profissionais atuantes nas terapias complementares para que possam oferecer os serviços de maneira adequada aos usuários, concordando com os preceitos da PNPIC e da Lei n. 11.309 das PICS (UBERLÂNDIA, 2013a).

Com a oferta das PICS na rede pública são notadas algumas mudanças em seu contexto de atuação, sendo elas: resultados satisfatórios visíveis nos tratamentos realizados, inclusive em pacientes com doenças crônicas; crescente busca da população pelas práticas integrativas; a estrutura física de referência das PICS; comportamento dos usuários; adoção de práticas visando informar sobre as PICS. Os resultados citados pelos entrevistados envolvem a capacidade de resolução em casos complexos de doenças crônicas e uma significativa melhora na qualidade de vida das pessoas que recebem esse tipo de tratamento, uma vez que o indivíduo é visto como um todo. Sendo assim, em muitos casos percebe-se uma mudança do próprio usuário com relação aos seus hábitos de vida, como melhorar a alimentação e incluir atividades físicas, por exemplo. Outra mudança significativa foi a criação do Centro de Referência, conforme citado por Jonas, facilitando os processos de comunicação e encaminhamento.

As melhores mudanças foi, é, o Centro...a questão desse Centro Integrado. De ter um local físico de referência. Porque antes os esforços estavam concentrados em unidades diferentes, aí estando os profissionais no mesmo lugar facilita a comunicação, o intercâmbio de...e até mesmo a questão de observar o material, no caso da acupuntura das agulhas, centralizar tudo isso é muito bom, nesse sentido (Entrevista concedida por Jonas à pesquisadora, 2016).

Na coordenação da Unidade Malva, representada por esse Centro de Referência, foi percebida uma prática distinta das outras duas analisadas, com o intuito de organizar e instruir os encaminhamentos para essa unidade. Essa prática diz respeito à elaboração de documentos

informativos ou guias, como o “Guia de Encaminhamento” e a “Ficha de Encaminhamento”, documentos cedidos por esta unidade. O primeiro contém uma nota técnica sobre todas as terapias oferecidas pela rede, além de abordar as suas prioridades de classificação e a forma pela qual deve ser encaminhadas. O segundo, também visa facilitar os encaminhamentos que são realizados por outras unidades de saúde, contendo campos a serem preenchidos como: dados do paciente; a terapia que o mesmo irá receber tratamento; o motivo do encaminhamento; a existência de exames complementares; e a data e horário que iniciará o tratamento. Essa prática reforça uma das diretrizes estratégicas constantes na Lei n. 11.309, referida como “Elaboração de normas e manuais técnicos”, contribuindo para a disseminação do esclarecimento sobre as PICS (UBERLÂNDIA, 2013a).

Em relação aos resultados da inserção das PICS, é consenso entre profissionais e usuários das três unidades que o oferecimento dessas práticas na rede pública tem gerado resultados positivos. Um dos mais citados entre os entrevistados foi a diminuição no uso de remédios em geral (anti-inflamatórios, analgésicos e antidepressivos); a melhoria na qualidade de vida das pessoas, fazendo com que diminua as filas nos outros níveis de atendimento como as Unidades de Atendimento Integrado (UAI); os baixos custos de implantação dessas práticas na rede, gerando assim, uma economia para o município; e a mudança de postura daqueles profissionais que se propõem a entenderem o propósito das PICS, pois a resistência é gerada pela falta de conhecimento.

Entretanto, ainda existem diversos fatores que precisam ser superados para que o programa das PICS seja inserido em sua totalidade e seja expandido/reconhecido dentro da Atenção Básica. Dentre os desafios que acometem as terapias complementares se destacam principalmente a carência de profissionais e a falta de conhecimento sobre as práticas, conforme pode ser observado no Quadro 16.



Quadro 16 – Desafios e dificuldades a serem superados pelas PICS em Uberlândia

Desafios/Dificuldades	O que gera no sistema	Fonte/Entrevistados
Carência de profissionais	Falta de vagas e geração de longas filas de espera	Jonas, Tássia, Denise, Rodrigo, Lenice, Ana, Notas de Campo (1 set. 2016)
Questões de administração/gestão/política	Os processos não “saem do papel”, é o caso do projeto da farmácia	Elisa, Carla, Telma, João, Notas de Campo (1 set. 2016)
Falta de conhecimento do que é e do verdadeiro propósito das PICS, tanto por parte de gestores quanto de profissionais	Contribuição para a resistência às PICS	Carlos, Edna, João, Simone, Vanda
Estrutura física insuficiente	Os profissionais não conseguem desempenhar plenamente/de maneira adequada suas funções	Tássia, Vânia
Falta de materiais	Os profissionais não conseguem desempenhar plenamente/de maneira adequada suas funções	Simone, Denise, Vânia
Falta de capacitação/atualização dos profissionais	Perda de oportunidades para implantar novas ideias e processos visando melhorias, e insatisfação de alguns profissionais	Tássia
Influência da indústria farmacêutica e da classe médica que ainda demonstra resistência	Entrave/demora na concretização de determinados projetos, como as plantas medicinais, que possuem custos inferiores aos medicamentos alopáticos	Carlos, Notas de Campo (1 set. 2016)

Fonte: dados da pesquisa.

Além desses desafios abordados pelos profissionais que atuam com as PICS, alguns outros fatores foram abordados pelo André, representante do Conselho Regional de Medicina.

São vários pontos de dificuldade de implantação [da PNPIC]: a falta de uma política clara, de uma definição de quais são as áreas de abrangência pra serem incluídas; a falta de você, é, ter cursos definidos para esses profissionais, uma especialidade definida para poder atuar nas cidades que forem contempladas com a proposta de MI dentro do sistema público; os ambulatórios, uma estrutura mínima para poder atender; [...] então assim, tem todos esses planejamentos que não foram feitos (Entrevista concedida por André à pesquisadora, 2016).

Dessa forma, percebe-se que ainda existem muitos fatores que dificultam principalmente a expansão e reconhecimento das PICS. Dentre todos os fatores citados acima, acredita-se que a falta de conhecimento, tanto por parte dos profissionais quanto por parte da população, seja o fator primordial a ser trabalhado pelos interessados em trabalhar com a gestão das PICS em Uberlândia, pois assim os preceitos das PICS seriam incorporados e compreendidos pelos atores estratégicos, transformando-se em ações (BOURDIEU, 1996).

A falta da compreensão das terapias e de seu propósito dentro da política das PICS pode gerar outros fatores que dificultam e problemas na gestão com relação a essas práticas, como, por exemplo, a resistência que ainda se faz presente na realidade das unidades de saúde. Como o campo da MI ainda é novo nos ambientes analisados, mesmo tendo o amparo legal, suas práticas ainda não se encontram legitimadas, fazendo com que a organização ainda as possuam como repertório, ou seja, devido às incertezas trazidas pelo “novo”, algumas organizações preferem agir em conformidade das regras advindas do contexto (FERREIRA et al., 2012).

Sobre esse fato, foi possível perceber algumas particularidades entre as unidades analisadas. Na Unidade Malva não foi percebida nenhuma resistência por parte dos profissionais, mas isso se justifica pelo fato da referida unidade ofertar apenas os serviços das PICS. Na Unidade Camomila também foi notado menor resistência, pois as PICS são oferecidas nesta unidade desde sua inauguração, estando os funcionários já habituados com a rotina da profissional acupunturista. Já na Unidade Alecrim, que desempenha suas atividades há 35 anos, foi visto que o nível de resistência ainda é maior, pois aqueles profissionais não tinham as PICS incorporadas nas suas rotinas operacionais, então seus comportamentos o levarão a agir de outra maneira (JARZABKOWSKI, 2004).

O desconhecimento sobre as PICS pode causar, ainda, uma confusão com crenças populares, conforme colocado por Jonas.

Ainda existe uma questão muito relacionada com, é, a confusão com credences populares, então uma mistura com algumas coisas que são ainda, é, como diz, de cunho religioso, de cunho meio místico ou relacionados a lendas, simpatias, então ainda existe muito essa percepção da população porque a nossa população ela não tem muito acesso à informação. Então, a partir do momento que esse acesso à informação acontece e é desmistificado fica mais fácil essa inserção. [...] existem preconceitos religiosos, algumas pessoas de algumas igrejas são proibidas pelo pastor de fazer Reiki, ou proibida pelo pastor de fazer acupuntura, ou um ou outro profissional contra indica, sem saber se aquilo realmente é uma contra indicação. Então, o acesso e a procura pela informação mais científica, ainda é precário (Entrevista concedida por Jonas à pesquisadora, 2016).

Nesse contexto, surge outro fator importante, mencionado tanto por Jonas quanto por Rodrigo, que é a pesquisa nas áreas das PICS. As pesquisas são importantes no sentido de informar e demonstrar os resultados de determinada terapia específica. No caso do saber popular, por exemplo, se um indivíduo tem conhecimento sobre a eficácia de determinada planta medicinal, mas não sabe o porquê do benefício, o pesquisador entra, investiga e demonstra quais as substâncias responsáveis pelo efeito causado. Por isso é importante a

integração dentro das PICS, intercâmbio entre ciência e população; entre cultura popular e pesquisa.

Em relação ao futuro da MI no atendimento público de saúde, há consenso também no sentido de esperar que ocorra uma expansão dos serviços, mas ao mesmo tempo a maioria dos entrevistados demonstra incerteza quanto à mudança da administração do município. João aborda sobre a forma que os resultados geralmente são mensurados, por meio dos números de atendimentos. Segundo ele, esse método não funciona com as PICS já que as consultas são consideravelmente mais demoradas do que as tradicionais. Nas consultas tradicionais um médico consegue atender por volta de quatro pacientes em quanto um homeopata atende um, por exemplo. Nesse caso, a questão colocada é qualidade, não quantidade.

Diante das situações e percepções expostas, nota-se que as práticas de *strategizing* se apresentam homogêneas, ou seja, são comuns às unidades analisadas (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006). Nesse sentido identificam-se as seguintes práticas de *strategizing*: práticas de expansão/ampliação da MI; práticas de buscar diálogo com outros atores estratégicos (médicos especialistas, por exemplo); prática de disponibilização geral dos recursos (bloco da Atenção básica); práticas de resistência (desinteresse por parte da gestão/desconhecimento/necessidade de encaminhamento por outro profissional); práticas de encaminhamento heterogêneas (SISREG/e-mails); e práticas de elaboração de guias informativos sobre as PICS.

#### **4.4 Práticas integrativas, saúde pública e a pluralidade do contexto de atuação**

Em busca de analisar os fatores contextuais e a pluralidade encontrada no ambiente de atuação das PICS, as dimensões de análise consideradas na presente seção são: o foco da saúde pública para o “coletivo” e para a “promoção” da saúde; a mudança de hábitos por parte da sociedade; o interesse social pelas práticas integrativas e complementares; e a dicotomia entre o amplo e integral (Medicina Integrativa) e especialidade e conhecimento fragmentado (Medicina Convencional).

O contexto da saúde pública, onde unidades de saúde analisadas atuam, pode ser definido como um contexto pluralístico, sendo caracterizado por diversos objetivos e interesses de diferentes grupos, tanto dentro quanto fora dessas organizações (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006). Lucas destaca três fatores que considera importante para o contexto atual das PICS: o contexto político; a questão científica, no sentido de comprovação de resultados para que as PICS não sejam confundidas com crenças populares; e

o fator econômico. Todos são considerados relevantes e podem exercer influência (negativa ou positiva) no processo de inserção de políticas como nas três unidades estudadas.

O que a gente tem visto principalmente em cidades maiores, o contexto político ele é muito importante, porque se de repente existe uma associação com determinada personalidade ou um grupo, de repente entra um grupo rival e quer destruir o trabalho por causa...então até mesmo esse cuidado de trabalhar uma legislação específica, de ter uma garantia que independente do grupo político isso possa continuar [...]. Então esse viés político/partidário é perigoso. E a questão relacionada com essa mistura, com crenças e com religião. Então, uma questão científica, baseada em, de uma forma autossustentada, é melhor. O cenário político ele sempre tem muitas, muitas vezes ele pode ajudar demais ou atrapalhar demais. O fator econômico, ele influencia na questão dos profissionais, na alocação dos profissionais, de salário de tudo mais, porque as PICS elas são feitas pra serem práticas que não são dispendiosas, não são caríssimas, não são extremamente especializadas, não é um custo muito grande por paciente. Então pelo contrário, ela consegue economizar muito, então normalmente o fator econômico ele não pesa tanto quanto a questão do fator político, de leis, de apoio, dessa forma (Entrevista concedida por Jonas à pesquisadora, 2016).

Dentre os grupos que se encontram no contexto pluralístico da saúde pública, especificamente, destacaram neste trabalho, os profissionais das unidades (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, coordenadores, etc.); os representantes políticos; a classe médica; a indústria farmacêutica; a Secretaria de Saúde; o Conselho Municipal de Saúde; o Conselho Regional de Medicina, a Comissão Consultiva das PICS. Cada um desses segmentos possui seus próprios interesses e por isso influenciam no processo de inserção de novas políticas, que venham a modificar sua forma de atuação. Um exemplo disso é a visão de André sobre a MI, representante do CRM.

Existe, dentro do CRM, a gente entende o seguinte: aquilo que necessita de diagnóstico e proposta de tratamento tem que ter o envolvimento do médico. O médico não tem como ser excluído do processo de diagnóstico. Eu não tenho absolutamente nada contra outras pessoas fazerem determinados tipos de acompanhamento e terapêuticas, mas efetivamente quando você tem um diagnóstico, é necessária obrigatoriamente a participação do médico. O médico é um profissional que você vai ter, é, o raciocínio clínico do diagnóstico, a partir do diagnóstico a terapêutica ela pode ser instituída em várias áreas, inclusive fora da medicina. Mas sem o diagnóstico e sem a consulta você não tem [...]. Então assim, sem ter o diagnóstico e sem ter o médico participando, o Conselho entende que essa medicina ela não tem como se prosperar. Essa terapêutica ela não tem como se prosperar, por muitos motivos, eu posso não ter conhecimento de uma doença, e eu estou buscando alternativas pra tratar o desconhecido (Entrevista concedida por André à pesquisadora, 2016).

O entrevistado defende que a pessoa necessita de um diagnóstico, de um médico, para saber a doença origem de sua dor (Bursite? Tendinite? Processo inflamatório?) e aí sim a terapêutica poderá ser realizada em um espectro mais amplo. Nesse aspecto, nota-se que existe a aceitação da MI, mas com a condição de que haja, obrigatoriamente, a participação do médico que fará o diagnóstico. O entrevistado acredita que todo profissional é integralmente responsável pelo seu trabalho, por isso, caso surja alguma complicação derivada de quaisquer outras terapêuticas, o profissional deve saber tomar as medidas com seu paciente. Por isso, em sua visão, a PNPIC é uma política que precisa necessariamente da participação do médico.

É uma política que precisa ter obrigatoriamente a participação do médico. Se ele não tá inserido nisso, o Conselho e acho que a própria medicina não deve participar, de maneira nenhuma, nem no começo, nem no meio e nem no fim. Se na proposta não tem a participação do médico, acho que não deve participar de absolutamente nada, porque no dia que alguém tiver alguma complicação ele que se vira e trata. É igual a doula fazer parto [...] aí o neném não sai, “agora chama o médico”, aí quem vai nascer ruim, o neném, quem tem complicação na gestação, a mãe, só que quem pôs a mão por último, o médico. Quem que é responsável? O médico (Entrevista concedida por André à pesquisadora, 2016).

Entretanto, em vez de se limitar a uma assistência médica curativa, o direito à saúde no Brasil se estende à prevenção de doenças, ao controle de riscos e à promoção da saúde. O nível primário, em que a Atenção Básica se encontra, engloba um conjunto de ações que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (PAIM, 2015; ESCRIVÃO JUNIOR, 2012). Nota-se a existência de perspectivas distintas no que se refere a essa participação obrigatória, seja de médicos ou outros profissionais que possam vir a encaminhar as pessoas para serem atendidas pelas PICS, conforme exposto por funcionária da Unidade Malva.

Eu sempre fui resistente a essa forma de marcar. Acho que tinha que ser feito diferente. E uma, o paciente tem que ter o direito de chegar na unidade e falar: eu quero atendimento PICS. Eu quero homeopatia, eu quero fitoterapia, ou eu quero fazer o Reiki. Sem precisar de um encaminhamento. Hoje ele tem que passar por um profissional, e o profissional tem que passar. Porque eu tenho que ir no médico, eu não preciso de encaminhamento pra passar no médico. A minha necessidade faz com que eu procure um médico. Então a minha necessidade faz com que eu procure um Reiki, a minha necessidade faz eu procurar um outro profissional da PICS. Entendeu? Só queria que fosse feito da mesma forma. Eu não tenho que passar por médico, para o médico me encaminhar para o Reiki, pra fazer qualquer outra prática (Entrevista concedida por Elisa à pesquisadora, 2016).

Outra fala que emergiu durante as entrevistas diz respeito ao corporativismo dos profissionais de saúde, especificamente dos médicos, indo ao encontro dos fatores de

transformação que precisam ser superados pelos modelos de saúde no Brasil, ressaltados por Vecina Neto (2016). Esse autor defende que o corporativismo dos profissionais de saúde leva a uma divisão do trabalho, que desconstrói a inter e transdisciplinaridade da ação em saúde e transforma o paciente em vítima de múltiplos profissionais. A entrevistada Telma, além de destacar esse fator também relata a dificuldade por parte da gestão e a burocracia encontrada para concretizar os objetivos almejados, remetendo ao fator político, uma vez que a alta gestão, detentora do poder de decisão, são políticos tomadores de decisão.

Corporativismo é visto como muito forte, no sentido, por exemplo, a coordenação não tem uma relação direta com a área da saúde, isso influenciou muito a questão do pouco avanço que as PICS tiveram...o corporativismo é a classe médica... são as suas caixinhas, como se diz, é "difícil engolir as PICS no sistema". Com relação a fitoterapia por exemplo, há demanda grande e visível, mas ainda uma ignorância por parte da gestão em relação a isso. Falta de profissionais qualificados. Muita burocracia, tudo muito burocrático dentro do sistema. Dificuldade de comunicação muito grande (Entrevista concedida por Telma à pesquisadora, 2016).

Diante das opiniões abordadas, nota-se o pluralismo e a amplitude de opiniões sobre os tratamentos relativos à MI. A falta de consenso confirma um dos desafios identificados pela Organização Mundial da Saúde, ainda em 2002: a falta de padrões internacionais e controle de qualidade (WHO, 2002), podem levar a questionamentos e falta de compreensão de como determinadas práticas são estabelecidas.

Em relação ao foco da saúde pública é possível perceber a tentativa de priorizar pela prevenção de doenças e promoção à saúde (OLIVEIRA, 2000), entretanto isso não ocorre na prática. A promoção da saúde é compreendida como a disponibilidade de meios para melhorar as condições sanitárias das pessoas e fazer com que elas exerçam maior controle sobre sua saúde (FILKELMAN, 2002), mas é percebido que essas condições não ocorrem na prática. O paradigma que predomina atualmente é o biomédico (MAIZES, 1999; GAUDET, 1998) ou curativo, ou seja, o olhar é para a doença, e a partir daí buscar mecanismos para melhora. Para Vânia esse sistema de saúde pública atual está falido.

Eu vejo que ela está nesse paradigma de olhar para a doença. E quando você olha para a doença sem estar olhando para o ser humano e por que ele adocece, você não vai dar conta. Eu acho que é um sistema falido. Então, tanto é que quando a gente quer trabalhar uma doença, a gente olha para a pessoa, nas suas relações afetivas, profissionais, sociais, e vai ajudar ela a harmonizar isso aí, senão não sara a doença não. Pode desistir (Entrevista concedida por Vânia à pesquisadora, 2016).

Para que seja possível mudar essa visão, seria necessária uma reeducação da sociedade e também dos profissionais que atuam na área da saúde. Essa reeducação poderia começar com algumas atitudes com vistas a fortalecer a participação das PICS nas tomadas de decisões, como “a criação de uma cadeira das PICS dentro do Conselho [de Saúde] e a capacitação desses conselheiros” (NOTAS DE CAMPO, 10/08/2016).

Geralmente as pessoas tem o hábito de ir ao médico quando não têm mais recursos, quando já estão adoecidas ou com dores, mas é possível mudar essa concepção e falar sobre prevenção, sobre hábitos saudáveis, pois essa mudança no *habitus* gera impacto no sistema (BOURDIEU, 1996; BOURDIEU, 2009). Entretanto, trabalhar todas essas questões também demanda investimento de tempo, recursos, programas de saúde, com o intuito de informar e educar a população sobre sua corresponsabilidade pela sua própria saúde (BRASIL, 2006), como pode ser claramente observado na fala de Vanda.

A educação das pessoas também em relação assim, é, o entendimento de que a pessoa também é responsável pela sua saúde, porque grande parte da população fala assim, “eu pago imposto, eu pago seu salário e pronto, você está aqui para me atender e pronto”. Só que ele não pensa que ele também é responsável pela saúde dele, que não adianta o médico vir, atender, pedir os exames, passar medicação, mostrar pra ele que tem que mudar a vida dele, e ele tomar só o remédio e não mudar o estilo de vida, ele não vai ter melhorar porque o remédio ele não é milagroso, e as pessoas acham que sim, que o remédio vai salvar a vida dele. E na verdade, o que salva a vida dele é ele mudar mesmo o estilo de vida (Entrevista concedida por Vanda à pesquisadora, 2016).

Por outro lado, se é notada a necessidade de mudança de comportamento por parte da sociedade, também é preciso que os profissionais atuantes na área da saúde reflitam sobre a maneira de olhar para os pacientes. Muitos entrevistados citaram em suas falas a palavra “humanização” do atendimento. Para essas pessoas as relações entre médicos/terapeutas e pacientes estão cada vez mais distantes e superficiais, e isso dificulta o processo de cura (VECINA NETO; MALIK, 2012; SMS, 2015). A abordagem da MI traz esse diferencial na forma de interação com os usuários, uma vez que inclui no diagnóstico as questões de ordem física, emocional, mental e ambiental, considerando as individualidades de cada paciente. Ademais, é orientada para a cura e prioriza a centralidade da relação entre médico e paciente (BRAVEWELL, 2011; RAKEL, 2012).

Outro aspecto que emergiu sobre o contexto da saúde foi o uso indiscriminado de medicação e a mercantilização da saúde pública (VECINA NETO, 2016), isto é, o serviço se transforma em uma mercadoria e o aspecto econômico se sobrepõe ao social. João e Carlos abordam essa visão.

É lamentável que nós vivemos em um mundo que tudo é mercadoria, saúde é mercadoria, educação é mercadoria, então a vida da pessoa não é mais importante para o mercado (Entrevista concedida por João à pesquisadora, 2016).

Porque ele [gestor] não trabalha com a saúde, com a visão de usuário, ele trabalha com a saúde com a visão de um local onde eu possa ganhar dinheiro. É diferente. Enquanto tiver, me desculpa, mas enquanto tiver olhando para a saúde com olhar de economista, não vai ter jeito (Entrevista concedida por Carlos à pesquisadora, 2016).

Apesar do consenso sobre a deficiência do sistema de saúde pública atual no Brasil, emergiu na fala de João aspectos relevantes e positivos sobre o SUS, que apesar de ainda se apresentar ineficiente e com baixa capacidade de resolução, se sobressai perante os planos de saúde privados. De acordo com ele, o SUS financia a maior parte dos transplantes no Brasil, assim como os tratamentos que envolvam hemodiálise, hipertensão, diabetes, câncer, HIV. Cita também que os brasileiros têm acesso a todas as vacinas básicas, obtendo um dos melhores índices mundiais de vacinação. Por isso, as falhas do sistema estão diretamente relacionadas à gestão e aos profissionais que muitas vezes desconhecem os princípios do SUS como igualdade, universalidade, equidade, participação popular, pois não são ensinados a trabalharem dessa forma. Em sua opinião, a lógica predominante é a de ganhar dinheiro, a lógica do capitalismo, mas para ele a saúde precisa ser direito de todos, sem distinção de classe social. Por isso, para que seja possível avançar e começar a melhorar esse modelo assistencial, as mudanças citadas anteriormente, na mudança de comportamento tanto da sociedade quanto dos profissionais, são necessárias.

Em relação à mudança de hábitos por parte da sociedade, diante da discussão feita anteriormente, foi visto que esse é um dos fatores para que o sistema público de saúde se torne mais eficiente, pois dessa forma as pessoas irão se interessar e cobrar por programas que priorizem sua saúde. As pessoas têm se demonstrado mais preocupadas com um estilo de vida saudável, passando a dar mais atenção para tratamentos menos invasivos (ANDRADE; COSTA, 2010; NCCAM, 2015; RAKEL, 2012), porém, na perspectiva dos profissionais, essa mudança de comportamento ainda é incipiente. Por isso é importante o investimento em programas que visam informar e educar as pessoas sobre os programas de saúde e a sobre a importância da prevenção e da inclusão de hábitos saudáveis em seus cotidianos (MINAS GERAIS, 2014). Essa relevância é ressaltada na fala de Jonas.

Então, informação e educação da população, é a base de tudo. Porque se a gente investe em UTI, em alta complexidade, você vai estar trabalhando as consequências e não as causas, então o grande pensamento sistêmico,



pensamento dessa integração é você trabalhar a causa, que é o que? Alimentação, os hábitos, trabalhar a questão do exercício físico, tirar tudo aquilo que é artificial, produtos químicos em excesso, é trabalhar a causa (Entrevista concedida por Jonas à pesquisadora, 2016).

Em relação ao interesse social pelas práticas integrativas e complementares, foi visto que é crescente. Esse fato pode ser verificado por meio do Gráfico 1 apresentado na seção 4.2. No mês de março de 2016 havia 60 pessoas sendo atendidas pelas PICS na Unidade Malva, já no mês de novembro do mesmo ano o número aumentou para 728. A informação também é confirmada por diversos estudos anteriormente realizados sobre as PICS (NAGAI; QUEIROZ, 2011; MACHADO; CZERMAINSKI; LOPES, 2012; ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012), demonstrando percepções positivas de usuários quanto a essas terapias. A aprovação e interesse notório por parte das pessoas pode ser atribuído aos resultados positivos que elas experimentam ao complementarem seus tratamentos com as PICS. Foi possível perceber relatos nesse sentido, enfatizando os benefícios e os resultados obtidos pelas PICS, conforme falas dos usuários entrevistados.

Nossa, para mim a primeira vez já foi ótimo. No primeiro dia já deu resultado porque eu dormi a noite toda. Foi bom pra dormir, estou diminuindo o cigarro, porque eu fumava muito [...] e as dores diminuíram bastante (Entrevista concedida pela Usuária Reiki/Alecrim à pesquisadora, 2016).

Depois que eu passei a fazer acupuntura, eu tive a noção do resultado, porque eu passei durante quase dois anos fazendo fisioterapia funcional e não tive resultados esperados da forma que eu estou tendo agora (Entrevista concedida pelo Usuário Acupuntura/Malva à pesquisadora, 2016).

Eu já tava fazendo acupuntura, aí eu comecei o reiki. Eu usava remédios todos os dias e ao fazer a acupuntura e o reiki eu parei com os remédios [...] Não tomo mais remédio, quer dizer, aí muita coisa já melhorou para mim [...] porque eu estava tomando tanto remédio que o médico disse que ia parar rim, ia parar tudo (Entrevista concedida pela Usuária Acupuntura e Reiki/Malva à pesquisadora, 2016).

A divulgação das PICS para a população é realizada principalmente dentro das unidades, por meio do mural; e pelo boca a boca dos próprios usuários que experimentam os serviços e indicam para amigos e familiares. Além disso, percebeu-se que os médicos de outras unidades de saúde têm encaminhado os pacientes para essas terapias, contribuindo para a disseminação das PICS e também com a proposta de complementaridade dessas práticas, ou seja, a MI “[...] auxilia a saúde por meio da integração de terapias alopáticas e complementares” (RAKEL, 2012, p. 6).

Conforme citado anteriormente, no início das atividades do Programa das PICS aconteceu o SUS em Movimento com o objetivo de mobilizar e informar as comunidades das regiões norte, sul, centro, leste, oeste e zona rural de Uberlândia, estreitando o diálogo com a sociedade com informações sobre saúde, inclusive sobre as práticas integrativas e complementares. Ademais, é destacada a participação ativa do Conselho Local de Saúde da Unidade Alecrim, que possui um diálogo constante a comunidade do bairro. Outros meios de divulgação envolvem a criação de uma página em rede social; atividades que buscam oferecer maior conhecimento e participação da população, como por exemplo, uma Roda de Conversa realizada no Parque do Sabiá em Uberlândia no dia 11/12/2016; organização de seminários anuais.

Apesar do esforço de alguns atores na divulgação e propagação de informações sobre as PICS, percebe-se que as pessoas ainda desconhecem que as mesmas são oferecidas pela rede pública.

Em relação à dicotomia entre o amplo e integral, prezado pela Medicina Integrativa e a especialidade e conhecimento fragmentado, enfatizado pela Medicina Convencional, os argumentos convergem para um ponto comum: é importante sim que os profissionais mudem a forma de olhar para o paciente, mas, além disso, é preciso que haja uma integração entre essas duas visões.

As terapias complementares ela não vieram para tirar o atendimento dos médicos, não, ela veio até para complementar. Não é você escolher entre um e outro, é você poder complementar, tratar a pessoa como um todo. Trata causa, não consequência. Vê o ser humano como um todo (Entrevista concedida por Kátia à pesquisadora, 2016).

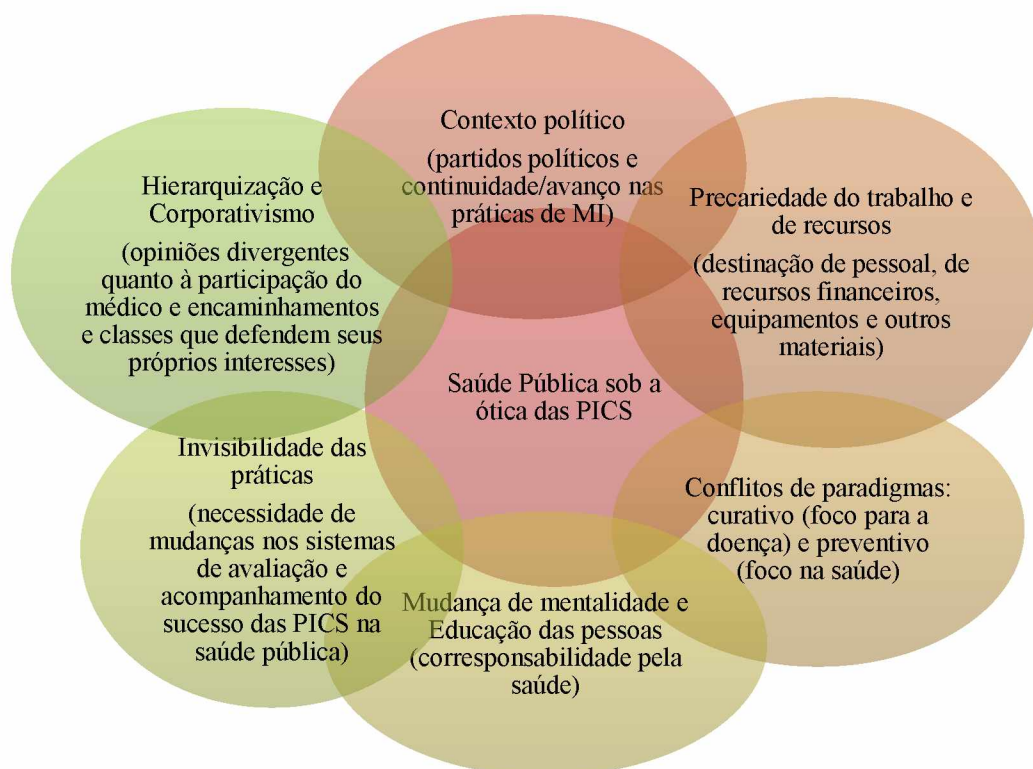
Ela [a MI] é integrativa e complementar. Na verdade, muitos confundem, muitos não aceitam, porque acham que a gente vai estar tomando lugar, e não é isso, como eu disse, o próprio nome já diz, é integrativa e complementar. Na verdade, nós deveríamos usar as práticas integrativas como prevenção, e, na verdade, a gente já está usando como cura, e não é esse...o objetivo é usar como prevenção (Entrevista concedida por Simone à pesquisadora, 2016).

Eu acho que nós não temos que ser taxativos e fechar, não, só... alopatia não pode. Pode sim. Acho que, normalmente, tudo tem seu momento. Acho que só temos que mudar a visão. Hoje a gente está mais com a visão curativa. Todo mundo está preocupado com hospital, preocupado com UAI. Mas poderia ser diferente, se a gente evitasse que o paciente adoecesse (Entrevista concedida por Elisa à pesquisadora, 2016).

Diante das informações apresentadas e discutidas sobre o contexto atual no qual as unidades de saúde analisadas atuam, nota-se que a saúde pública é cercada por alguns fatores

principais, ou seja, que exercem maior influência no processo de inserção de novas políticas de saúde, como é o caso das PICS, conforme Figura 10.

Figura 10 – Fatores de influência no contexto de inserção das PICS na saúde pública



Fonte: Elaborada pela autora

Portanto, a Figura 10 mostra seis dimensões do processo de estruturação (GIDDENS, 2009) das PICS. A MI é impactada por um contexto pluralístico, e também exerce impacto no campo da saúde pública. A proposta da MI tem um papel social e econômico importante, pois visa, a princípio, evitar que as pessoas precisem buscar por tratamentos secundários, em Unidades de Atendimento Integrado ou hospitais. Concomitantemente, ressalta-se que, em determinados casos, a especialidade é benéfica e o tratamento precisa ser feito por meio de medicação alopática e um acompanhamento médico mais especializado, confirmando o caráter complementar das práticas integrativas e complementares.

#### 4.5 Modos de associação entre *strategizing* e *organizing* com a inserção das PICS no SUS

A aceleração das mudanças nos contextos de atuação das organizações contribui para a geração da perspectiva da prática na estratégia. A teoria da prática social busca abordar os fenômenos não como propriedades de grupos particulares, mas como algo que as pessoas

fazem (WHITTINGTON et al., 2006). Com essa dinamicidade surgem as pluralidades características da abordagem da ECP, como a pluralidade de atores e a pluralidade de contextos.

Tradicionalmente, considera-se, nas pesquisas de estratégia, executivos e representantes do alto escalão, já a presente pesquisa reconhece a influência de diferentes tipos de atores (coordenadores, profissionais da saúde, membros de conselhos, usuários dos serviços). O contexto também é considerado plural, já que todos esses atores atuam no mesmo contexto das unidades de saúde analisadas, e são detentores de diferentes metas e interesses, implicando, dessa forma em processos de *strategizing* e *organizing* (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006; JOHNSON et al., 2007).

Diante das análises realizadas por meio das fontes de dados utilizadas, as práticas de *organizing* identificadas foram: práticas diferenciadas nos atendimentos; práticas cotidianas dinâmicas; práticas “inovadoras” (ensino e pesquisa na Medicina Antroposófica); práticas de controle quantitativo de atendimentos; e representações ligadas à prevenção (ex. atividades que mostram a importância do foco preventivo).

Já as práticas de *strategizing* identificadas foram as seguintes: práticas de expansão/ampliação da MI; práticas de buscar diálogo com outros atores estratégicos (associações que fizeram parte do processo de inserção, por exemplo); prática de disponibilização geral dos recursos (bloco da Atenção básica); práticas de resistência (desinteresse por parte da gestão/desconhecimento/necessidade de encaminhamento por outro profissional); práticas de encaminhamento heterogêneas (SISREG/e-mails); e práticas de elaboração de guias informativos sobre as PICS.

Diversos são os autores que abordam os processos de *organizing* e *strategizing* (COLVILLE; MURPHY, 2006; JARZABKOWSKI; FENTON, 2006; RIVKIN; SIGGELKOW, 2006; WHITTINGTON et al., 2006), porém nesta pesquisa são considerados os modos de associação apresentados por Jarzabkowski e Fenton (2006). No contexto da saúde pública, foram identificados vários atores que exercem influência direta e indiretamente no estabelecimento de estratégias ou ações das unidades de saúde analisadas. Foi possível perceber que as estratégias relativas às PICS, sejam elas relacionadas à implementação, comunicação ou ações de expansão, são amplamente definidas por meio de políticas públicas, como PNPIC, ou por meio de instrumentos legais, como a Lei n. 11.309 (UBERLÂNDIA, 2013a). Dessa forma, as unidades de saúde, no contexto estudado, podem ser caracterizadas conforme as implicações dos modos de associação entre *organizing* e *strategizing*, conforme Quadro 17.

Quadro 17 – Associações das práticas de *Organizing* e *Strategizing*

<i>Organizing</i>	<i>Strategizing</i>	Modos de associação
Práticas cotidianas dinâmicas	Práticas de buscar diálogo com outros atores estratégicos (associações, comunidade)	Interdependente (1)
Práticas “inovadoras” (ensino e pesquisa)	Práticas de expansão/ampliação dos pressupostos da MI	
Práticas de controle quantitativo de atendimentos		
Novas práticas	Objetivos: interesses e expectativas	
Representações ligadas à prevenção (ex. atividades/comportamentos que mostram a importância do foco preventivo)	Práticas de expansão/ampliação/informação dos pressupostos da MI	Interdependente (2)
Imagens	Consensos e divergências a respeito do futuro da MI	
Práticas de divulgação das PICS	Práticas de elaboração de guias informativos sobre as PICS (informação e acessibilidade).	Interdependente (3)
Práticas diferenciadas no atendimento		
Formas de interação/diálogo	Consensos e divergências a respeito dos resultados da MI	
Práticas de reuniões irregulares ou inexistente		Desequilibrado
Práticas de divulgação/disseminação das PICS		
Maneiras de disseminação		
Práticas de manutenção e fortalecimento das PICS		Desequilibrado
Valores		
	Prática de disponibilização geral dos recursos (bloco da Atenção básica)	Desequilibrado
	Avaliação sobre destinação de recursos	(continuação)
	Práticas de encaminhamento heterogêneas (SISREG/e-mails)	Desequilibrado
	Práticas de integração entre MI e medicina convencional	
	Práticas de resistência (desinteresse e desconhecimento da gestão; encaminhamento por outro profissional)	
	Entendimento sobre as novas práticas e mudanças	

Fonte: elaboração da autora

Jarzabkowski e Fenton (2006) afirmam que quando as organizações mudam suas estratégias sem considerar como as práticas existentes de *organizing* podem contrariar suas habilidades de alcançá-la, há um bloqueio dessas novas estratégias ou o impedimento de novas práticas de *organizing* de serem adotadas. Essa característica é observada no modo de associação “desequilibrado”, identificado na presente pesquisa. Também foram notadas algumas práticas de *organizing* e de *strategizing* mutuamente ajustadas, criando práticas de *organizing* que são adaptadas às demandas das diferentes estratégias e interesses de diversos grupos organizacionais, levando à concepção do modo “interdependente”.

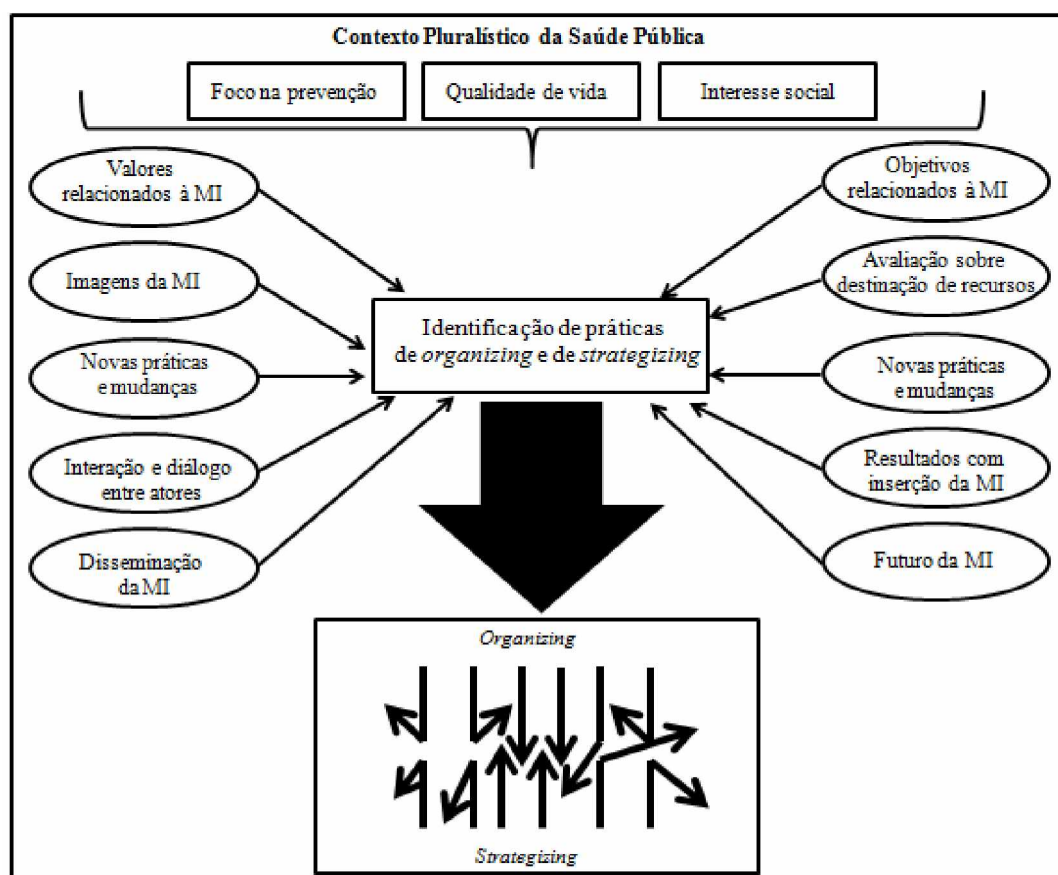
Esses dois modos de associação – desequilibrado e interdependente – entre as práticas de *organizing* e de *strategizing* foram identificados nesta pesquisa. Conforme sintetizado no Quadro 17, é possível perceber que existe um alinhamento entre algumas práticas de *organizing* e *strategizing*, contribuindo tanto para os interesses quanto para as identidades dos diversos grupos organizacionais presentes nesse contexto. Ressalta-se que as linhas destacadas dentro do quadro referem-se à ligação entre as práticas de *organizing/strategizing* referenciadas e as categorias de pesquisa delimitadas.

O alinhamento supracitado é representado pelo modo de associação “Interdependente” (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006), sendo percebida uma compatibilidade com algumas das estratégias estabelecidas pela PMPIC, sendo elas representadas pelos números no Quadro 17. O modo Interdependente (1) representa a estratégia que visa “Promoção e articulação intersetorial para a efetivação da PMPICS”. As práticas dinâmicas desempenhadas pelos representantes de conselhos e comissões promovem uma articulação constante com a população; e o diálogo percebido entre as associações que fizeram (e ainda fazem) parte do processo de inserção das PICS. O modo Interdependente (2) está relacionado ao “Estímulo à pesquisa nas PMPICS”, que gera expansão das PICS para outros setores da medicina, como a pediatria, conforme realizado pela profissional da área de Medicina Antroposófica. O modo Interdependente (3) está envolvido com as estratégias de “Divulgação da PMPICS no município” e “Elaboração de normas e manuais técnicos”, que auxiliam em maior conhecimento das PICS por parte de profissionais de toda a rede.

As outras práticas foram identificadas como “Desequilibradas”, principalmente devido a determinadas estratégias serem estabelecidas sem considerar como as práticas existentes de *organizing* poderiam contribuir para o alcance dessas metas. Como a PMPIC foi inserida sem considerar fatores de planejamento, capacitação, e orientação adequados, algumas práticas são identificadas no sentido de bloquear a inserção de novas estratégias, como as Práticas de resistência (desinteresse e desconhecimento da gestão/necessidade de encaminhamento por

outro profissional) (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006). Além disso, durante as análises realizadas, ficou claro a existência de alguns fatores que caracterizam o contexto pluralístico da saúde pública: um foco preventivo, que busca promover ações para manutenção da saúde e que visa equiparar-se ao modelo biomédico ou curativo, que hoje pode ser considerado o paradigma predominante; a busca de qualidade de vida pela população, ou seja, foi visto que, em geral, as pessoas têm se demonstrado mais preocupadas com alguns hábitos relacionados à saúde; e o crescente interesse social por práticas alternativas e complementares em saúde, sendo que muitas pessoas estão começando a priorizar tratamentos menos invasivos, quando possível e recomendado. Por meio de alguns documentos elaborados pela Prefeitura Municipal ou pelo Ministério da Saúde, nota-se um movimento ou uma busca de se atingir o paradigma da prevenção, uma vez que ele diminuiria a quantidade de pessoas doentes e como consequência, reduziria a quantidade de pacientes nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde (UBERLÂNDIA, 2013a; BRASIL, 2006). Esse contexto pluralístico, as categorias de análise da pesquisa e os modos de associação das práticas de *organizing* e *strategizing* permitem retratar o campo (BOURDIEU, 1983) das PICS na Figura 11.

Figura 11 – Contexto pluralístico e práticas de *organizing* e *strategizing* na inserção das PICS



Fonte: elaboração da autora.



Na Figura 11, está representado o contexto pluralístico da saúde pública, caracterizado pela prevenção, pela busca da qualidade de vida e pelo interesse social das pessoas pelas PICS. Esse contexto mais amplo (macrocontexto) influencia as práticas, valores, objetivos e outras ações dentro das unidades de saúde. Portanto, abaixo do contexto pluralístico, estão todas as categorias de análise que envolve fatores influenciáveis pelo contexto mais amplo. Dessa forma, com a análise dessas categorias, foi possível identificar as práticas de *organizing* e de *strategizing*, discutidas nas seções 4.2 e 4.3. E finalmente, uma vez identificadas essas práticas foi possível verificar os modos de associação entre *organizing* e *strategizing*, que são representados na figura pelas setas dentro do retângulo menor, representando as unidades de saúde (microcontexto). Essas setas representam uma relação de interdependência e também de desequilíbrio que ocorre entre as práticas de *organizing* e de *strategizing* dentro das unidades de saúde analisadas.

Sendo assim, verifica-se que o contexto de atuação das unidades de saúde analisadas influencia as práticas dos atores que atuam dentro das unidades de saúde em aspectos diversos. Quanto às práticas de *organizing* e *strategizing* presentes nas unidades de saúde, a figura representa as implicações dos dois modos de associação identificados, conforme estudo de Jarzabkowski e Fenton (2006).



## 5 CONCLUSÕES

A presente pesquisa buscou compreender o modo como se configuram as práticas de *strategizing* e de *organizing* com inserção da MI no sistema público de saúde de Uberlândia, a partir da perspectiva da estratégia como prática social. De maneira geral, os estudos têm tratado a estratégia como uma propriedade das organizações (JARZABKOWSKI; WHITTINGTON, 2008; JOHNSON; MELIN; WHITTINGTON, 2003; WHITTINGTON, 2006), sendo que as análises deste campo de estudo tratavam prioritariamente das influências do ambiente externo sobre a organização, com poucos estudos voltados para as influências dos indivíduos para os resultados das organizações e também para o contexto em que as organizações atuam. Desse modo, análises de contextos amplos desconsideram os sucessos e fracassos dos praticantes, assim como, e as práticas do planejamento estratégico são julgadas como imutáveis (WHITTINGTON, 2006). As práticas dos indivíduos praticantes da estratégia organizacional (CLEGG; CARTER; KORNBERGER, 2004) e o entendimento da estratégia para além dos negócios e da empresa privada ganham espaço com a perspectiva da estratégia como prática.

Nesta pesquisa, a utilização da abordagem da prática social no estudo das organizações e da estratégia, fundamentada em estudos conhecidos como "virada prática" nas ciências sociais, possibilitou uma oportunidade de analisar as atividades no nível dos profissionais, usuários e outros praticantes (microsocial), considerando a construção dessas atividades em um contexto mais amplo (macrossocial): a saúde pública. Os resultados mostram que as propriedades estruturais dos sistemas sociais, mais especificamente do atendimento público de saúde, não existem fora da ação, isto é, estão cronicamente envolvidas em sua produção/reprodução (BOURDIEU, 1983; GIDDENS, 2009). Os olhares sobre os modos de configuração das práticas de *strategizing* e *organizing* mostram os praticantes fazendo uso de regras e recursos de modo apropriado ou conforme as regras e recursos disponíveis, mas também mostram os praticantes criando alternativas e transformando as regras e desenvolvendo novos recursos.

Tendo em vista a influência de atores estratégicos distintos nas práticas e estratégias das organizações estudadas, considerou-se neste estudo os profissionais das unidades de saúde (profissionais da saúde atuantes com a MI, coordenadores), usuários dos serviços das PICS, membros do Conselho Regional de Medicina, do Conselho Municipal de Saúde e da Comissão Consultiva das PICS de Uberlândia.

O primeiro objetivo específico estabelecido para esta pesquisa foi caracterizar as práticas de *strategizing* em um contexto pluralístico de inserção da MI no sistema público de saúde, do ponto de vista dos atores estratégicos (praticantes): governo federal, governo municipal, profissionais atuantes na MI, coordenadores de unidades de saúde, usuários, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Regional de Medicina. O objetivo foi alcançado a partir da identificação e da análise das práticas de *strategizing*, do ponto de vista dos atores estratégicos (praticantes): práticas de expansão/ampliação da MI; práticas de buscar diálogo com outros atores estratégicos (médicos especialistas, por exemplo); prática de disponibilização geral dos recursos (bloco da Atenção básica); práticas de resistência (desinteresse por parte da gestão/desconhecimento/necessidade de encaminhamento por outro profissional); práticas de encaminhamento heterogêneas (SISREG/e-mails); e práticas de elaboração de guias informativos sobre as PICS.

O segundo objetivo específico também foi alcançado, conforme a caracterização das práticas de *organizing* em um contexto pluralístico de inserção da MI no sistema público de saúde: governo federal, governo municipal, profissionais atuantes na MI, coordenadores de unidades de saúde, usuários, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Regional de Medicina. Esse objetivo foi alcançado por meio da identificação e da análise das práticas de *organizing* do ponto de vista dos atores estratégicos (praticantes): interações nas unidades de saúde analisadas: práticas comuns e distintas nos atendimentos; práticas da dinâmica cotidiana de trabalho; práticas de divulgação; práticas “inovadoras” (ensino e pesquisa na Medicina Antroposófica); e práticas de controle quantitativo de atendimentos.

Finalmente, o terceiro objetivo específico foi alcançado com a caracterização do modo de associação/configuração entre *strategizing* e *organizing* na inserção das práticas de MI no sistema público de saúde de Uberlândia: modos de inserção Interdependente e modos de inserção Desequilibrados. Os vários e distintos atores estratégicos que fizeram parte da pesquisa permitiram um acesso mais detalhado à suas diferentes interpretações e interesses, caracterizando o contexto pluralístico (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006) das práticas de MI oferecido por unidades do sistema público de saúde de Uberlândia. Possibilitou compreender também que as práticas de *organizing* e *strategizing* podem ser configuradas a partir de mais de um modo de associação, como foi identificado na presente pesquisa, mostrando avanços e lacunas na inserção das práticas de MI.

Em relação ao contexto pluralístico analisado, o paradigma que predomina atualmente é o biomédico ou curativo, ou seja, o foco é para a doença, com uma busca de mecanismos de cura a partir de um diagnóstico da doença. Todos os profissionais envolvidos com as PICS

defendem a ideia de prevenção, clamando por mais investimentos em práticas de "Atenção Básica", assim como em meios que possibilitem que o sistema funcione da melhor forma possível. Entretanto, os resultados mostraram que a priorização da prevenção da doença e a promoção à saúde, nem sempre se efetiva na prática e isso pôde ser verificado nas entrevistas realizadas com os usuários das três unidades analisadas. A maioria dos entrevistados é encaminhada para as PICS já com alguma doença ou dores crônicas, ou seja, na realidade, mesmo as PICS têm sido utilizadas como uma forma complementar de cura e não de promoção à saúde.

Outro fato recorrente entre as falas dos profissionais entrevistados e também identificado nos resultados é que não se trata de substituir um paradigma por outro, visto que as PICS devem ser utilizadas como complemento aos outros tratamentos realizados, principalmente visando o aspecto preventivo, mas não deixando de trabalhar para auxiliar a cura quando necessário. Em relação aos usuários, os resultados mostram que a maioria soube do oferecimento das PICS por meio de outras unidades de saúde e por meio do próprio encaminhamento/indicação do médico especialista ou outro profissional que atue em seu tratamento, como psicólogos e fisioterapeutas. Com isso, nota-se ainda uma deficiência na divulgação dessas práticas para a população geral do município. O que pode estar associado à carência de recursos e de profissionais para o atendimento mais amplo da população.

As considerações apresentadas indicam a existência de três princípios decorrentes da discussão sobre o gerenciamento de associações entre *strategizing* e *organizing* em contextos pluralísticos, conforme proposto por Jarzabkowski e Fenton (2006): as organizações não podem ser submetidas a ritmos de períodos estáveis pontuados por períodos de mudança, mas deve ajustar-se continuamente às novas exigências internas e externas; as organizações devem manter-se independentes, abordando os vários pequenos desequilíbrios que surgem cotidianamente em contextos pluralísticos e fazendo ajustes mútuos em uma base contínua; e o diálogo constante entre a alta administração e seus constituintes organizacionais é relevante e necessário para visualizar-se diferentes interesses e objetivos, possibilitando o estabelecimento de um consenso para resolvê-los.

Em relação às limitações, o presente estudo não teve a pretensão de identificar ou esgotar todas as práticas de *organizing* e *strategizing* presentes no contexto de inserção das PICS no contexto de Uberlândia. Os procedimentos metodológicos adotados serviram para fortalecer os resultados encontrados, possibilitando ainda maior proximidade com o campo de pesquisa por meio das observações realizadas. É reconhecido que esta pesquisa não considerou todos os atores envolvidos no contexto de atuação das unidades de saúde

analisadas. Ademais, dentre as sete unidades de Uberlândia que oferecem as PICS, três foram selecionadas. O que deixa espaço para novos estudos.

Em relação a pesquisas futuras, sugere-se a ampliação do escopo de pesquisa, considerando outros atores que possam estar envolvidos no contexto plural da saúde pública, e/ou ampliação para o estudo de todas as unidades de Uberlândia que oferecem as PICS ao longo de um período de tempo. Ademais, podem ser realizados estudos com outros setores, tanto com organizações do setor público ou do setor privado, com a finalidade de identificar semelhanças e distinções entre os mesmos.

## REFERÊNCIAS

- ALBINO, J.; GONÇALVES, C. A.; CARRIERI, A.; MUNIZ, R. Estratégia como prática: uma proposta de síntese. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, v. 9, n. 1-2, p. 2-14, 2010.
- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- ANSOFF, I. **Corporate strategy**. New York: McGraw Hill, 1965.
- ANTONIO, G. D.; TESSER, C. D.; MORETTI-PIRES, R. O. Fitoterapia na atenção primária à saúde. **Revista Saúde Pública**, n. 48, v. 3, p. 541-553, 2014.
- ARAUJO, A. K. L.; FILHO, A. C. A. A.; IBIAPINA, L. G.; NERY, I. S.; ROCHA, S. S. Dificuldades enfrentadas por enfermeiros na aplicabilidade da fitoterapia na atenção básica: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, n. 7, v. 3, p. 2826-2834, 2015.
- AROUCA, S. Os princípios básicos. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para e crítica da Medicina Preventiva**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARNEY, J. Firm resources and sustained competitive advantage. **Journal of Management**, v. 7, n. 1, p. 99-120, 1991.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- BERG, B. L. **Qualitative research methods for the social sciences**. London: Pearson Education, 2007.
- BOUDIEU, P. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.
- BOURDIEU, P. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1996.
- BOURDIEU, P. **O senso prático**. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 14 fev. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990a. Disponível em: <[http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2016.
- BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 20 dez. 2016.

BRASIL. Portaria n. 2.121, de março de 1998. Implanta o Piso da Atenção Básica (PAB) e separa os recursos para o financiamento da Atenção Básica e da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial. **Diário Oficial da União**, Brasília, mar. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_praticas_integrativas_complementares_saude.pdf)>. Acesso em: 14 fev. 2016.

BRAVEWELL. **The Bravewell collaborative: best practices in integrative medicine – what is integrative medicine?** 2011. Disponível em: <[http://www.bravewell.org/content/Downloads/What\\_Is\\_IM\\_2011.pdf](http://www.bravewell.org/content/Downloads/What_Is_IM_2011.pdf)>. Acesso em: 14 fev. 2016.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CANHADA, D. I. D.; RESE, N. Contribuições da “estratégia como prática” ao pensamento em estratégia. **Revista Brasileira de Estratégia**, v. 2, n. 3, p. 273-289, 2009.

CARTER, C.; CLEGG, S. R.; KORNBERGER, M. Soapbox: editorial essays: strategy as practice? **Strategic Organization**, v. 6, n. 83, p. 83-99, 2008.

CARVALHO, A. I. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CHANDLER, A. D. **Strategy and structure: chapters in the history of American enterprise**. Boston: MIT Press, 1962.

CHIA, R.; MACKAY, B. Post-processual challenges for the emerging strategy-as-practice perspective: Discovering strategy in the logic of practice. **Human Relations**, v. 60, n. 1, p. 217-242, 2007.

CLEGG, S.; CARTER, C.; KORNBERGER, M. A “máquina estratégica”: fundamentos epistemológicos e desenvolvimentos em curso. **Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 4, p. 21-31, 2004.

COLVILLE, I. D.; MURPHY, A. J. Leadership as the Enabler of strategizing and organizing. **Long Range Planning**, v. 39, p. 663-677, 2006.

CORRADI, G.; GHERARDI, S. VERZELLONI, L. Through the practice lens: where is the bandwagon of practice-based studies heading? **Management Learning**, v. 41, n. 3, p. 265-283, 2010.

DARBI, W. P. K.; KNOTT, P. Strategising practices in an informal economy setting: a case of strategic networking. **European Management Journal**, v. 34, p. 400-413, 2016.

DENIS, J. L.; LANGLEY, A.; ROULEAU, L. Strategizing in pluralistic contexts: rethinking theoretical frames. **Human Relations**, v. 60, n. 1, p. 179-215, 2007.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. The discipline of qualitative research. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The Sage handbook of qualitative research**. London: Sage Publications, 2005.

DUARTE, M. F.; ALCADIPANI, R. Contribuições do organizar (organizing) para os Estudos Organizacionais. **Organização e Sociedade**, v. 23, n. 76, p. 54-72, 2016.

ESCRIVÃO JÚNIOR, A. A epidemiologia e o processo de assistência à saúde. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Koogan, 2012.

FELDMAN, M. S.; ORLIKOWSKI, W. J. Theorizing practice and practicing theory. **Organization Science**, v. 22, n. 5, p. 1240-1253, 2011.

FENTON, C.; LANGLEY, A. Strategy as practice and the narrative turn. **Organization Studies**, v. 32, n. 9, p. 1171-1196, 2011.

FERREIRA, J. M.; BARATTER, M. A.; MATOS, D. P. P.; FILHO, E. R. G. A estratégia como prática na educação à distância. **Revista Brasileira de Estratégia**, v. 5, n. 3, p. 243-253, 2012.

FILKELMAN, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman: Artmed, 2009.

FONSECA, V. S.; MACHADO-DA-SILVA, C. L. M. Conversação entre abordagens da estratégia em organizações: escolha estratégica, cognição e instituição. **O&S**, v. 9, n. 25, n. p., 2002.

FONTANELLA, F.; SPECK, F. P.; PIOVESAN, A. P.; KULKAMP, I. C. 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. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 2, p. 69-74, 2007.

FONTENELE, R. P.; SOUZA, D. M. P.; CARVALHO, A. L. M.; OLIVEIRA, F. A. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 18, v 8, p. 2385-2394, 2013.

GAUDET, T. W. Integrative medicine: the evolution of a new approach to medicine and to medical education. **Integrative Medicine**, v. 1, n. 2, p. 67-73, 1998.

GHERARDI, S. Telemedicine: a practice-based approach to technology. **Human Relations**, v. 63, n. 4, p. 501-524, 2010.

GHOBIADIAN, A.; O'REGAN, N. Where do we fit in the swings and roundabouts of strategy? **Journal of Strategy and Management**, v. 1, n. 1, p. 5-14, 2008.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

GOLSORKHI, D.; ROULEAU, L.; SEIDL, D.; VAARA, E. What is strategy as practice? In: GOLSORKHI, D.; ROULEAU, L.; SEIDL, D.; VAARA, E. **Cambridge handbook of strategy as practice**. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

GOMEZ, M. L.; BOUTY, I. The emergence of an influential practice: food for thought. **Organization Studies**, v. 32, n. 7, p. 921-940, 2011.

GRIX, J. Introducing students to the generic terminology of social research. **Politics**, v. 22, n. 3, p. 175-186, 2002.

HEREPATH, A. In the loop: a realist approach to structure and agency in the practice of strategy. **Organization Studies**, v. 35, n. 6, p. 857-859, 2014.

HOSKISSON, R. E.; HITT, M. A.; WAN, W. P.; YIU, D. Theory and research in strategic management: swings of a pendulum. **Journal of Management**, v. 25, n. 3, p. 417-456, 1999.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando à promoção da saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 22, n. 1, p. 233-238, 2012.

JARZABKOWSKI, P. Strategy as practice: a new perspective. In: JARZABKOWSKI, P. **Strategy as practice: an activity-based approach**. London: Sage Publications, 2005.

\_\_\_\_\_. Strategy as practice: recursiveness, adaptation, and practices-in-use. **Organization Studies**, v.25, n. 4, p. 529-560, 2004.

JARZABKOWSKI, P.; BALOGUN, J.; SEIDL, D. Strategizing: the challenges of a practice perspective. **Human Relations**, v. 60, n. 1, p. 5-27, 2007.



JARZABKOWSKI, P.; FENTON, E. Strategizing and organizing in pluralistic contexts. **Long Range Planning**, v. 39, p. 631-648, 2006.

JARZABKOWSKI, P.; KAPLAN, S.; SEIDL, D.; WHITTINGTON, R. On the risk of studying practices in isolation: linking what, who, and how in strategy research. **Strategic Organization**, s. n., p. 1-12, 2015.

JARZABKOWSKI, P.; SPEE, A. P. Strategy-as-practice: a review and future directions for the field. **International Journal of Management Reviews**, v. 11, n. 1, p. 69-95, 2009.

JARZABKOWSKI, P.; SPEE, A. P.; SMETS, M. Material artifacts: practices for doing strategy with stuff. **European Management Journal**, v. 31, n. 1, p. 41-54, 2013.

JARZABKOWSKI, P.; WHITTINGTON, R. Hard to disagree, mostly. **Strategic Organization**, v. 6, n. 1, p. 101-106, 2008.

JOHNSON, G.; LANGLEY, A.; MELIN, L.; WHITTINGTON, R. **Strategy as practice: research directions and resources**. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

JOHNSON, G.; MELIN, L.; WHITTINGTON, R. Micro strategy and strategizing: towards an activity-based view. **Journal of Management Studies**, v. 40, n. 1, p. 3-22, 2003.

LIMA, K. M. C. V.; SILVA, K. L.; TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. **Interface**, s. n., n. p., 2013.

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

MACHADO, D. C.; CZERMAINSKI, S. B. C.; LOPES, E. C. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 615-623, 2012.

MAIA, J. L.; SERIO, L. C.; ALVES FILHO, A. G. Almost two decades after: a bibliometric effort to map research on strategy as practice using two data sources. **European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences**, v. 73, p. 7-31, 2015.

MAIZES, V. The principles and challenges of integrative medicine. **Western Journal of Medicine**, v. 171, n. 3, p. 148-149, 1999.

MANIATOPOULOS, G.; PROCTER, R.; LLEWELLYN, S.; HARVEY, G.; BOYD, A. Moving beyond local practice: reconfiguring the adoption of a breast cancer diagnostic technology. **Social Science & Medicine**, v. 131, p. 98-106, 2015.

MELLAHI, K.; SMINIA, H. Guest editor's introduction: the frontiers of strategic management research. **International Journal of Management Reviews**, v. 11, n. 1, p. 1-7, 2009.

MIETTINEN, R.; FREDERICKS, D. S.; YANOW, D. Re-turn to practice: an introductory essay. **Organization Studies**, v. 30, n. 12, p. 1309-1327, 2009.

MINAS GERAIS. **Caderno de práticas integrativas e complementares no SUS/MG: formação de apoiadores, experiências e conceitos**. Belo Horizonte: ESP, 2014.

MINAS GERAIS. **Resolução SES-MG n. 1.885, de 27 de maio de 2009**. Aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. Belo Horizonte, 27 maio 2009. Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao\\_1885.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_1885.pdf)>. Acesso em: 9 dez. 2016.

MINAYO, C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópoli, RJ: Editora Vozes, 2012.

MINTZBERG, H. **The structuring of organizations**: a synthesis of the research. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1979.

MINTZBERG, H.; WATERS, J. A. Of strategies, deliberate and emergent. **Strategic Management Journal**, v. 6, p. 257-272, 1985.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia**: um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MORGAN, G. Paradigmas, metáforas e resolução de quebra-cabeças na teoria das organizações. In: CALDAS, M. P.; BERTERO, C. O. **Teoria das organizações**. São Paulo: Atlas, 2007.

NAGAI, S. C. QUEIROZ, M. S. Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1793-1800, 2011.

NCCAM. National Center for Complementary and Alternative Medicine. **Integrative health**. 2015. Disponível em: <<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

NICOLINI, D. Stretching out and expanding work practices in time and space: the case of telemedicine. **Human Relations**, v. 60, n. 6, p. 889-920, 2007.

NICOLINI, D. Zooming in and out: studying practices by switching theoretical lenses and trailing connections. **Organization Studies**, v. 30, n. 12, p. 1391-1418, 2009.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, L. V. C. L. et al. (Orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, n. 2, p. 609-623, 2010.

OKAYAMA, E. Y.; GAGG, M.; OLIVEIRA JUNIOR, P. F. P. Análise da produção científica em estratégia como prática. **Revista Brasileira de Estratégia**, v. 7, n. 2, p. 191-204, 2014.

OLIVEIRA, D. C. Representações sociais e saúde pública: a subjetividade como partícipe do cotidiano em saúde. **Revista de Ciências Humanas**, Edição Especial Temática, p. 47-65, 2000.

OMS. Official Records of the World Health Organization nº 2, 1948. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official\\_record2\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf)>. Acesso em: 10/12/2016.

OSTOJIC, N. P.; SAXER, S. Policies towards implementation of positive changes and the introduction of integrated health care for health systems. **Journal of Integrative Medicine**, n. 14, v.6, p. 409-411, 2016.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro. **Saúde no Brasil**, v. 377, n. 9.779, n. p., 2011.

PATTON, M. Q. Qualitative Interviewing. In: PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. London: SAGE Publications, 1990.

PEREIRA, J. A.; SOUZA, M. C. D.; TATTO, L.; OLIVEIRA, J. S. Estratégia como prática: um estudo em empresas incubadas de base tecnológica. **Revista de Administração IMED**, v. 4, n. 2, p. 161-176, 2014.

PEREIRA, C. F.; VILLELA, W. V. Acupuntura na rede pública de saúde: uma análise sobre a organização e funcionamento na unidade de referência em Uberlândia-MG. **SUS: Mosaico de Inclusões**, v. 13, n. 2, p. 156-161, 2008.

PETTIGREW, A.; THOMAS, H.; WHITTINGTON, R. Strategic management: the strengths and limitations of a field. In: PETTIGREW, A.; THOMAS, H.; WHITTINGTON, R. (Eds.). **Handbook of strategy and management**. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage Publications, 2002.

PICSUDIMG. Núcleo de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde da Secretaria Municipal de Uberlândia Minas Gerais, 2016. Disponível em: <<http://pcisudimg.webnode.com/sobre-nos/>>. Acesso em: 16/10/2016

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

PORTAL BRASIL. **Sistema Nacional de Regulação**. 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1039-sas-raiz/drac-raiz/cgra/11-cgra/14550-sisreg>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

PORTAL DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Práticas Integrativas e Complementares**, 2016. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pic.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php)>. Acesso em: 10/12/2016.

PORTER, M. **Competitive strategy**. New York: Free Press, 1980.

PORTER, M. E. **Estratégia competitiva**: técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PRAHALAD, C.; HAMEL, G. The core competence of the corporation. **Harvard Business Review**, v. 68, p. 79-91, May/Jun. 1990.

PRIETO, L.; WANG, L. Strategizing of China's major players: a Bourdieusian perspective. **Journal of Organizational Change Management**, v. 23, n. 3, p. 300-324, 2010.

RAKEL, D. **Integrative medicine**. New York: Elsevier, 2012.

RASCHE, A.; CHIA, R. Researching strategy practices: a genealogical social theory perspective. **Organization Studies**, v. 30, n. 7, p. 713-734, 2009.

RECKWITZ, A. Toward a theory of social practices a development in culturalist theorizing. **European Journal of Social Theory**, v. 5, n. 2, p. 243-263, 2002.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 2014.

RIVKIN, J. W.; SIGGELKOW, N. Organizing to strategize in the face of interactions: preventing premature lock-in. **Long Range Planning**, v. 39, p. 591-614, 2006.

ROSA, M. V. F. P. C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A Entrevista na pesquisa qualitativa**: mecanismos para validação dos resultados. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

ROULEAU, L. Strategy-as-practice research at a crossroads. **Management**, v. 16, n. 5, p. 547-565, 2013.

RUIZ, J. A. **Metodologia Científica**: guia para eficiência nos estudos. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

SANTOS, F. A. S.; GOUVEIA, G. C.; MARTELLI, P. J. L.; VASCONSELOS, E. M. R. Acupuntura no sistema único de saúde e a inserção de profissionais não-médicos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 4, p. 330-334, jul./ago. 2009.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SEIDL, D.; WHITTINGTON, R. Enlarging the strategy-as-practice research agenda: towards taller and flatter ontologies. **Organization Studies**, v. 35, n. 10, p. 1407-1421, 2014.

SETTON, M. G. J. A teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**, n. 20, p. 60-154, 2002.

SILVA, A. R. L.; CARRIERI, A. P.; JUNQUILHO, G. S. A estratégia como prática social nas organizações: articulações entre representações sociais, estratégias e táticas cotidianas. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 122-134, 2011.

SMIRCICH, L.; STUBBART, C. I. Strategic management in an enacted world. **Academy of Management Review**, v. 10, n. 4, p. 724-735, 1985.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro: tendências e desafios dos sistemas de saúde nas Américas**. São Paulo, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf)>. Acesso em: 14 fev. 2016.

SOUZA, J. A. A.; MENEZES, M. G. B.; LIMA, D. K.; FRANCO, S. C. Fluxo do usuário no serviço de pronto atendimento municipal de Pará de Minas no mês de julho de 2011. **SynThesis Revista Digital FAPAM**, v.4, n.4, P. 189-206, 2013.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. London: Sage Publications, 1994.

\_\_\_\_\_. Pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Penso, 2011.

THIAGO, S. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 249-57, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Atlas, 1987.

UBERLÂNDIA. Proposição de Lei n. 997, de 3 de março de 2012. Autoriza a criação do Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde. **Câmara de Uberlândia**, Uberlândia, 2012.

UBERLÂNDIA. Lei n. 11.309, de 18 de fevereiro de 2013. Dispõe sobre o Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PMPICS) e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Uberlândia, 18 fev. 2013a.

UBERLÂNDIA. Decreto n. 14.597, de 27 de dezembro de 2013. Dispõe sobre o Programa Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PMPICS) e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Uberlândia, 30 dez. 2013b. Disponível em: <[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/9693.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/9693.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2016.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Áreas de Abrangência**. Uberlândia, 2015. Disponível em: <[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/13882.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/13882.pdf)>. Acesso em: 05/12/2016.

UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Detalhado – 1º Quadrimestre de 2016**. Uberlândia, 2016. Disponível em:

<[http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms\\_b\\_arquivos/15624.pdf](http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/15624.pdf)> Acesso em: 10/12/2016.

UIPI. **Uberlândia conclui formação de especialistas em homeopatia**, 2016. Disponível em: <<http://uiipi.com.br/destaques/destaque-2/2016/02/25/uberlandia-conclui-formacao-de-especialistas-em-homeopatia/>>. Acesso em: 06/02/2017.

VAARA, E.; WHITTINGTON, R. Strategy as practice: taking social practices seriously. **Academy of Management Annals**, v. 6, n. 1, p.285-336, 2012.

VECINA NETO, G. A evolução da assistência à saúde no mundo e no Brasil até o SUS. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Koogan, 2012.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. O futuro dos serviços de saúde no Brasil. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Koogan, 2012.

VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

VIEIRA, M. M. F. Por uma boa pesquisa (qualitativa) em administração. In: VIEIRA, M. M. F.; ZOUAIN, D. M. **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

WADDINGTON, E. A.; FULLER, R. K. R.; BARLOON, R. C. K.; COMISKEY, G. H.; PORTZ, J. D.; JOHNSON, H. H.; SCHMID, A. A. Staff perspectives regarding the implementation of a yoga intervention with chronic pain self-management in a clinical setting. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, n. 26, p. 12-20, 2017.

WHITTINGTON, R. Putting Giddens into action: social systems and managerial agency. **Journal of Management Studies**, v. 29, n. 6, p. 693-712, 1992.

\_\_\_\_\_. Strategy as practice. **Long Range Planning**, v. 29, n. 5, p. 731-735, 1996.

\_\_\_\_\_. Estratégia após o modernismo: recuperando a prática. **Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 4, n. p., 2004.

\_\_\_\_\_. Completing the practice turn in strategy research. **Organization Studies**, v. 27, n. 5, p. 613-634, 2006.

\_\_\_\_\_. Strategy practice and strategy process: family differences and the sociological eye. **Organization Studies**, v. 28, n. 10, p. 1575-1586, 2007.

WHITTINGTON, R.; MOLLOY, E.; MAYER, M.; SMITH, A. Practices of strategising/organising: broadening strategy work and skills. **Long Range Planning**, v. 39, p. 615-629, 2006.

WHO. World Health Organization. **WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023**. 2013. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf)>. Acesso em: 5 fev. 2016.

WHO. World Health Organization. **WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005**. 2002. Disponível em:

<[http://www.wpro.who.int/health\\_technology/book\\_who\\_traditional\\_medicine\\_strategy\\_2002\\_2005.pdf](http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2016.

WILSON, D.C.; JARZABKOWSKI, P. Pensando e agindo estrategicamente: novos desafios para a análise estratégica. **Revista de Administração de Empresas**, v. 44, n. 4, n. p.11-20, 2004.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## ANEXOS

## Anexo A – Ficha de Encaminhamento para as PICS



**CENTRO DE REFERÊNCIA DE  
PRÁTICAS INTEGRATIVAS  
E COMPLEMENTARES  
EM SAÚDE DE UBERLÂNDIA**

**FUNDASUS**  
Fundação Brasileira de Medicina do Movimento

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE

PREFEITURA DE  
**UBERLÂNDIA**



## Encaminhamento para PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde)

<b>Paciente</b>	01 – Unidade de Origem: _____	02 – Prontuário UFU: _____	03 – Prontuário Rede: _____	04 – Cartão SUS: _____
	05 – Nome: _____			06 – Nome social: _____
	07 – Nome da Mãe: _____			
	08 – Sexo: M ( ) F ( )	09 – Data de Nascimento: ____/____/____	10 – Telefone(s): _____	
	11 – Endereço: _____			
	12 – Bairro: _____	13 – E-mail: _____	14 – CEP: _____	

15 – Práticas:					
<input type="checkbox"/> Acupuntura/Acupuloterapia	<input type="checkbox"/> Antroposofia	<input type="checkbox"/> Homeopatia	<input type="checkbox"/> Oficina terapêutica 2 (Danças Circulares)	<input type="checkbox"/> Reiki	<input type="checkbox"/> Terapia Holística

16 – Motivo do encaminhamento: _____
17 – Exame(s) complementar(es): _____
18 – Tratamento e medicações: _____
19 – Hipótese diagnóstica e comorbidades: _____
20 – Justificar necessidade de priorizar o encaminhamento: _____

Local e Data	Profissional solicitante (carimbo)
--------------	------------------------------------

21- Paciente deverá comparecer ao Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde: no dia ____/____/____ às ____ horas.
---

CRPICS – Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde  
Rua Duque de Caxias, 63 - Centro - Uberlândia/MG - CEP 38400-142  
Fone: (34) 3229-7772 E-mail: crpics@uberlandia.mg.gov.br

## CONTRA – REFERÊNCIA

Avaliação do paciente:

_____
_____

Tratamentos Realizados:

_____
_____

Orientação e conduta para acompanhamento:

_____
_____

Local e Data

Profissional solicitante (carimbo)

CRPICS – Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde  
Rua Duque de Caxias, 63 - Centro - Uberlândia/MG - CEP 38400-142  
Fone: (34) 3229-7772 E-mail: crpics@uberlandia.mg.gov.br



## Anexo B – Gráfico de Atendimento CRPICS – Março a Novembro de 2016



**CENTRO DE REFERÊNCIA DE  
PRÁTICAS INTEGRATIVAS  
E COMPLEMENTARES  
EM SAÚDE DE UBERLÂNDIA**

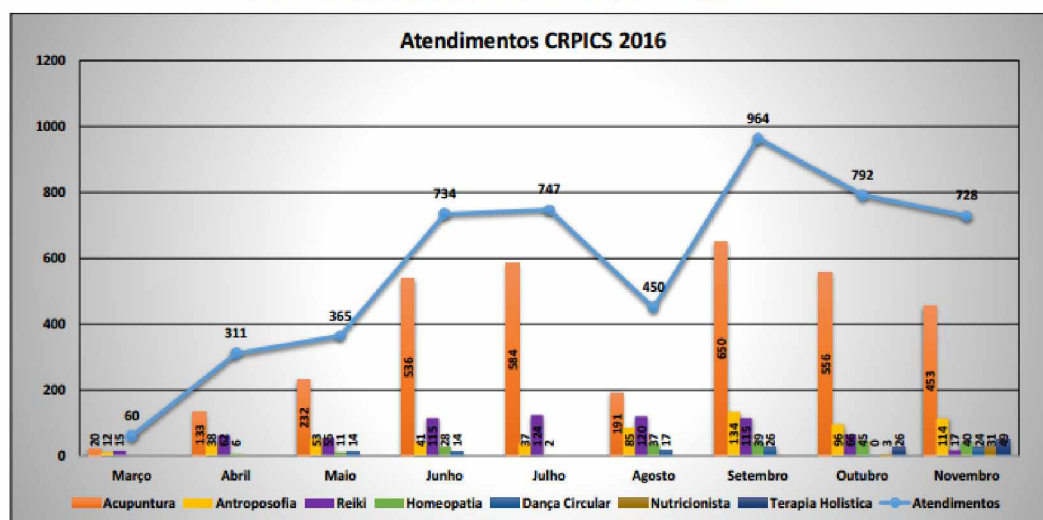
**FUNDASUS**  
Fundação Saúde do Município de Uberlândia

SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE

PREFEITURA DE  
**UBERLÂNDIA**



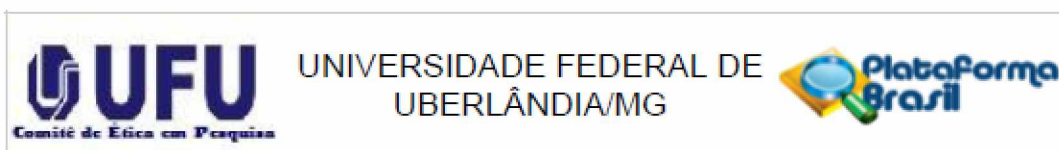
Gráfico de Atendimentos CRPICS – Março a Novembro de 2016



Fonte: Centro de Referência de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, 2016

CRPICS = Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde  
Rua Duque de Caxias, 63 - Centro - Uberlândia/MG - CEP 38400-142  
Fone: (34) 3229-7772 E-mail: [crpics@uberlandia.mg.gov.br](mailto:crpics@uberlandia.mg.gov.br)

## Anexo C – Parecer Comitê de Ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SAÚDE PÚBLICA E INTERPRETAÇÕES SOBRE A INSERÇÃO DE PRÁTICAS ESTRATÉGICAS DA MEDICINA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO

**Pesquisador:** Jacqueline Florindo Borges

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55443916.4.0000.5152

**Instituição Proponente:** Faculdade de Gestão e Negócios

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.603.453

#### Apresentação do Projeto:

Conforme apresenta o Protocolo: buscou-se trabalhar a base teórica e os conceitos relacionados à estratégia como prática social (ECP) e às práticas integrativas, relacionadas ao conceito de Medicina Integrativa. Com isso identificou-se a oportunidade de aplicar a perspectiva da ECP para compreender a implantação dessas novas práticas estratégicas nas organizações de saúde pública de Uberlândia. Procedeu-se com a definição da contextualização do trabalho, assim como o problema de pesquisa a ser investigado e os objetivos que serão cumpridos com o presente estudo, que busca analisar a implementação de práticas estratégicas em organizações de saúde pública, a partir da perspectiva da estratégia como prática social.

Para que seja possível alcançar os objetivos propostos, pretende-se realizar, além da análise documental, duas técnicas de coleta de dados: as entrevistas semiestruturadas e a observação não participante (APÊNDICE D). Pretende-se realizar as entrevistas com os gestores das unidades de saúde estudadas, com os profissionais da saúde e os usuários dessas unidades, conforme os roteiros apresentados (APÊNDICES A, B e C).

Após a coleta dos dados, as análises do material serão realizadas por meio da análise de conteúdo por ela ser sistemática, fazer uso de dados brutos que ocorrem naturalmente, e possibilitar trabalhar com grandes quantidades de dados, oferecendo um conjunto de procedimentos maduros

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
**Bairro:** Santa Mônica **CEP:** 38.408-144  
**UF:** MG **Município:** UBERLÂNDIA  
**Telefone:** (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4335 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.603.453

e bem documentados.

As unidades de saúde analisadas serão: (a) UBS Brasil; (b) UBS Tocantins; (c) UBS Patrimônio; (d) PSF Custódio; (e) PSF Morumbi; (f) PSF Alvorada; e, (g) Centro de Reabilitação.

O protocolo procura investigar o papel dos gestores das unidades de saúde, os quais precisam lidar com as mudanças e com a manutenção dessas novas práticas da medicina integrativa. Nessa pesquisa o objetivo é analisar a implementação de práticas estratégicas em organizações de saúde pública, a partir da perspectiva da estratégia como prática social. Para executar esse propósito, pretende-se trabalhar com análise documental, observação não participante em todas as unidades de saúde do município de Uberlândia que oferecem práticas integrativas de saúde, e ainda, realizar entrevistas individuais semiestruturadas com gestores e profissionais da saúde que atuem nessas unidades, com vistas a compreender seus papéis e interações com os contextos nos quais estão inseridos, buscando também destacar quais as condições e os desafios que permeiam esse processo de implementação das novas práticas.

Os pesquisadores pretendem o estudo e a compreensão das estratégias adotadas por gestores em organizações de saúde pública relativas à PNPIC, no que concerne à implantação e manutenção de práticas relacionadas à medicina integrativa; e ainda, a análise dos papéis dos gestores das unidades de saúde pública na implantação de práticas locais, destaca-se sua relevância no tratamento dessas questões. Considerando as possibilidades de pesquisa no campo da ECP e a crescente visibilidade e aceitação da Medicina Integrativa (MI), este trabalho parte do seguinte problema de pesquisa: como ocorre a implementação de práticas estratégicas da medicina integrativa em unidades de saúde pública da cidade de Uberlândia?

#### Metodologia Proposta:

Nesta pesquisa utilizam-se a pesquisa documental direta, a observação não participante e a aplicação de entrevistas individuais semiestruturadas com os gestores, profissionais da saúde usuários das unidades selecionadas. A pesquisa documental será utilizada para coletar dados no próprio local onde os fenômenos que serão investigados ocorrem, possibilitando mais precisão e avaliação nos dados que de fato irão acrescentar ao objetivo que se pretende atingir. A observação não participante irá ser usada nesta pesquisa para obter informações sobre a realidade da aplicação, implementação e manutenção das práticas integrativas em organizações de saúde

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144  
UF: MG Município: UBERLÂNDIA  
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br





UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.603.453

pública da cidade de Uberlândia, assim como verificar os comportamentos dos atores envolvidos nesse contexto (médicos, gestores, usuários). Essa técnica é importante nos estudos de caso qualitativos, pois os mesmos são caracterizados pelo tempo que o pesquisador passa no local de pesquisa, pessoalmente em contato com as atividades e operações do caso, fazendo reflexões e revisando os significados do que está acontecendo (STAKE, 1994). Uma das principais vantagens envolvendo essa técnica é a possibilidade de obter as informações no momento em que ocorre o fato, possibilitando verificar detalhes da situação, já que o pesquisador estará presente diante dos acontecimentos. Contudo, é necessário se atentar ao risco de supervalorizar o que é diferente ou singular, deixando de lado aspectos relevantes para os objetivos da pesquisa (RICHARDSON, 2014). A entrevista individual semiestruturada com o público das unidades de saúde estudadas será utilizada nesta pesquisa para compreender as condições e desafios enfrentados pelos gestores e profissionais da saúde na implementação e manutenção das novas práticas estratégicas que surgem no contexto em que atuam. Também possibilitará analisar suas ações e seus papéis para que seja possível entender o processo de adoção das práticas integrativas. Com relação aos usuários, pretende-se verificar suas percepções sobre o atendimento e das próprias práticas da MI. Dentre as vantagens dessa técnica se destacam a riqueza informativa, pela flexibilidade dos guias semiestruturados; o acesso a informações de difícil observação; e o fato de ser econômica. Já como limitações, é preciso considerar a questão do tempo consumido tanto por parte do entrevistado quanto do pesquisador no tratamento dos dados; podem surgir problemas potenciais de flexibilidade e validação, exigindo conhecimento profundo por parte do entrevistador; e a complexidade nas etapas de preparação (ROSA; ARNOLDI, 2006).

Com esta pesquisa pretende-se dar maior visibilidade às práticas relacionadas à medicina integrativa, tendo em vista que sua divulgação e conhecimento entre usuários e profissionais não tem sido efetiva (FONTANELLA et al., 2007; PEREIRA; VILLELA, 2008; LOCH-NECKEL; CARMIGNAN; CREPALDI, 2010; LIMA; SILVA; TESSER, 2013). Sem essa divulgação entre estudiosos, especialistas e a população em geral, não será possível o conhecimento sobre os tratamentos disponíveis de medicina integrativa e seus benefícios; os desafios do processo de implementação em organizações de saúde; as alternativas de melhorias no atendimento aos usuários; o papel desempenhado pelos gestores e profissionais de saúde; e o sucesso e o fracasso dessas práticas para diferentes públicos.

Detalhamento:

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144  
UF: MG Município: UBERLÂNDIA  
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: oep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.603.453

Pretende-se solicitar documentação sobre a implementação das práticas relativas à Medicina Integrativa na cidade de Uberlândia, para que seja possível compreender seu processo nesse contexto mais restrito.

Tamanho da Amostra no Brasil: 20

#### Objetivo da Pesquisa:

É analisar a implementação de práticas estratégicas em organizações de saúde pública, a partir da perspectiva da estratégia como prática social. Tais práticas estão previstas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) para serem implementadas em organizações de saúde pública e serem oferecidas aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Elas representam um conjunto de práticas da medicina tradicional chinesa (acupuntura), homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia (BRASIL, 2009).

a) aplicar a perspectiva da ECP ao estudo de práticas de tratamentos da MI ao atendimento público de saúde; b) analisar o processo de desenvolvimento e manutenção das práticas da MI na saúde pública: condições e desafios; c) identificar e analisar as ações e os papéis dos estrategistas com vistas a verificar como essas práticas estratégicas surgem e são implementadas nas unidades de saúde estudadas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O Protocolo apresenta como riscos o seguinte:

"A presente pesquisa possui natureza qualitativa e a abordagem dos envolvidos será para a realização de entrevistas e observação não participante, não havendo qualquer procedimento invasivo ou contra a vontade dos envolvidos no contexto em que a pesquisa será realizada. As entrevistas serão realizadas no próprio local de trabalho dos participantes (unidades de saúde), não sendo necessário o desembolso para participação. Além disso, as mesmas serão realizadas em locais apropriados para que seja possível garantir a confidencialidade e privacidade aos participantes.

Portanto, os riscos são considerados mínimos, mas envolvem a possibilidade de identificação dos participantes."

Os benefícios, são, principalmente, de ordem prática ou gerencial, pois o estudo pretende trazer

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144  
UF: MG Município: UBERLÂNDIA  
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br





UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.603.453

uma melhor compreensão por parte dos gestores públicos de como as estratégias relativas às práticas da medicina integrativa são implementadas e mantidas pelas unidades de saúde estudadas, já que sua aceitação se mostra crescente entre os profissionais atuantes na área. Esse esclarecimento sobre o processo de incorporação dessas práticas pode trazer benefícios nas ações relacionadas à gestão e ao funcionamento das unidades de saúde, no que diz respeito à oferta desses serviços, e ainda, no conhecimento dessas práticas por parte da população local.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O Protocolo apresenta uma pesquisa de relevância científica. O Projeto é claro e objetivo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os Termos obrigatórios foram apresentados. O estudo está devidamente fundamentado.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências apontadas no parecer consubstanciado número 1.560.082, de 16 de Maio de 2016, foram atendidas.

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: Fevereiro de 2017.

**OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.**

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144  
UF: MG Município: UBERLÂNDIA  
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.603.453

documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 ) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_684060.pdf	06/06/2016 10:14:37		Aceito
Outros	PENDENCIAS_CEP.pdf	06/06/2016 10:13:58	Vanessa Alves Pinhal	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Vanessa_PlataformaBrasil.docx	06/06/2016 10:13:29	Vanessa Alves Pinhal	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144  
UF: MG Município: UBERLÂNDIA  
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



Continuação do Parecer: 1.603.453

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Modelo_TCLE_0.docx	06/06/2016 10:12:19	Vanessa Alves Pinhal	Aceito
Outros	Carta_recebidaassinada.pdf	20/04/2016 16:23:19	Vanessa Alves Pinhal	Aceito
Outros	Roteiros_Entrevistas_e_Observacao.docx	20/04/2016 16:22:37	Vanessa Alves Pinhal	Aceito
Outros	Termo_equipe_executora.pdf	06/04/2016 20:11:27	Vanessa Alves Pinhal	Aceito
Outros	LinkLattesPesquisadores.docx	06/04/2016 20:08:30	Vanessa Alves Pinhal	Aceito
Outros	Declaracao_inst_coparticipante.pdf	06/04/2016 20:07:10	Vanessa Alves Pinhal	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	06/04/2016 20:02:58	Vanessa Alves Pinhal	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERLÂNDIA, 21 de Junho de 2016

Assinado por:

Sandra Terezinha de Farias Furtado  
(Coordenador)

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica  
Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144  
UF: MG Município: UBERLÂNDIA  
Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4335 E-mail: cep@propp.ufu.br



**Anexo D – Autorização da Prefeitura Municipal de Uberlândia****DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa **“SAÚDE PÚBLICA E INTERPRETAÇÕES SOBRE A INSERÇÃO DE PRÁTICAS ESTRATÉGICAS DA MEDICINA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO”** será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo a pesquisadora **Vanessa Alves Pinhal e Jacqueline Florindo Borges** realizar a etapa de coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores e responsáveis diretos pela aplicação das práticas da medicina integrativa e complementar, e observação não participante, utilizando-se da infraestrutura desta Instituição.

  
**Elisa Toffoli Rodrigues**  
CRM-MG 53729  
Coordenadora da Atenção Primária à Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde - PMU

Uberlândia 29/01/16

## APÊNDICES

### Apêndice A – Roteiro de entrevista para os gestores das unidades de saúde

#### 1 Início da entrevista

- 1.1 Apresentação do pesquisador
- 1.2 Apresentação de sua carteira de identificação da Universidade
- 1.3 Informação do objetivo da pesquisa
- 1.4 Informação da duração da pesquisa
- 1.5 Solicitação para a gravação da entrevista
- 1.6 Solicitação para o preenchimento de um termo de aceite da pesquisa (informação sobre ética e sigilo das informações)

#### 2 Informações sobre o(a) entrevistado(a)

- 2.1 Sexo:
- 2.2 Formação educacional:
- 2.3 Tempo de atuação no setor público e no cargo de gestão.

#### 3 As práticas de *Organizing* com a inserção da MI na Unidade de Atendimento de Saúde

- 3.1 Descreva sua rotina de trabalho.
- 3.2 Como é a interação entre os profissionais no cotidiano de trabalho? Participação em reuniões (Frequência, o que é discutido, ações concretizadas após a reunião).
- 3.3 Existência de práticas de comunicação interna: de que maneira são repassados conhecimentos, informações, diretrizes sobre MI?
- 3.4 O que é Medicina Integrativa para você (imagens da MI)?
- 3.5 Quais as principais organizações ou indivíduos envolvidos nos processos de inserção das PICs na unidade de saúde?
- 3.6 Como foi o processo de adaptação para atender aos interesses desses envolvidos?
- 3.7 Como ocorre a execução das estratégias relativas à Medicina Integrativa? (Verificar a existência de planos, estratégias de ação, monitoramento, etc.)
- 3.8 Em sua opinião, o que significa (valores) que o sistema público de saúde ofereça essas práticas integrativas? Por quê?

#### **4 As práticas de *Strategizing* com a inserção da MI na Unidade de Atendimento de Saúde**

- 4.1 Fale sobre os seus interesses e expectativas em relação à inserção da MI no atendimento público de saúde.
- 4.2 Comente sobre as mudanças que ocorreram desde a inserção dos serviços da Medicina Integrativa nesta unidade.
- 4.3 Como você avalia a destinação (disponibilização/distribuição) de recursos para a MI.
- 4.4 Como foi a aceitação dos profissionais dessa unidade quanto às PICs? Como é atualmente?
- 4.5 Em sua avaliação quais são os desafios e as dificuldades enfrentadas pelas unidades de saúde com relação à inserção e gestão dessas práticas na rede pública.
- 4.6 Em sua avaliação, quais os pontos positivos da inserção de práticas da Medicina Integrativa nessa unidade? E quais os pontos negativos?
- 4.7 Como você avalia os resultados da inserção das práticas integrativas pelo SUS.
- 4.8 Como você avalia o futuro da MI no atendimento público de saúde.
- 4.9 Que melhorias você sugere para as práticas de MI?

#### **5 O contexto da implantação da PNPIC pela Unidade de Atendimento de Saúde**

- 5.1 Como você vê a saúde pública atualmente? (Mudanças, evolução, melhorias). E a MI inserida nesse contexto?
- 5.2 Analise o papel de fatores externos (contextuais) no processo de implantação das práticas integrativas.
- 5.3 Você tem informação se a procura/interesse pela Medicina Integrativa tem aumentado? Qual a prática mais procurada pelos usuários dessa unidade?
- 5.4 Há quanto tempo essa unidade oferece as práticas da Medicina Integrativa?
- 5.5 Como é realizada a divulgação das práticas de MI para sociedade (É formalizada?)

#### **6 Finalização da entrevista**

- 6.1 Há algo que você queira mencionar sobre o que conversamos na entrevista? Algo a acrescentar?
- 6.2 Desligar o gravador, mas manter-se aberto à conversa.
- 6.3 Registro das informações sobre a entrevista:

Data da entrevista:

Duração da entrevista:

Lugar da entrevista:

## **Apêndice B – Roteiro de entrevista para os profissionais de saúde das unidades de saúde**

### **1 Início da entrevista**

- 1.1 Apresentação do pesquisador
- 1.2 Apresentação de sua carteira de identificação da Universidade
- 1.3 Informação do objetivo da pesquisa
- 1.4 Informação da duração da pesquisa
- 1.5 Solicitação para a gravação da entrevista
- 1.6 Solicitação para o preenchimento de um termo de aceite da pesquisa (informação sobre ética e sigilo das informações)

### **2 Informações sobre o(a) entrevistado(a)**

- 2.1 Sexo:
- 2.2 Formação educacional:
- 2.3 Tempo de atuação no setor público e no cargo de gestão.

### **3 As práticas de *Organizing* com a inserção da MI na Unidade de Atendimento de Saúde**

- 3.1 Descreva sua rotina de trabalho.
- 3.2 Como é a interação entre os profissionais no cotidiano de trabalho? Participação em Reuniões (Frequência, o que é discutido, ações concretizadas após a reunião).
- 3.3 Comunicação interna (De que maneira são repassados conhecimentos, informações, diretrizes).
- 3.4 O que é Medicina Integrativa para você?
- 3.5 Quais as principais organizações ou indivíduos envolvidos no processo de inserção das PICS na unidade de saúde?
- 3.6 Em sua opinião, o que significa (valores) que o sistema de saúde público de saúde ofereça as PICS? Por quê?

### **4 As práticas de *Strategizing* com a inserção da MI na Unidade de Atendimento de Saúde**

- 4.1 Fale sobre seus interesses e expectativas em relação à inserção da MI no atendimento público de saúde.
- 4.2 Comente sobre as mudanças que ocorreram desde a inserção dos serviços da Medicina Integrativa nesta unidade.

- 4.3 Como você avalia a destinação (disponibilização/distribuição) de recursos para a MI?
- 4.4 Como foi a aceitação dos profissionais dessa unidade quanto às PICs? Como é atualmente?
- 4.5 Desafios e as dificuldades enfrentadas pelas unidades de saúde com relação à inserção e gestão dessas práticas na rede pública.
- 4.6 Em sua avaliação, quais os pontos positivos e negativos da inserção de práticas da Medicina Integrativa nessa unidade?
- 4.7 Avaliação sobre os resultados da implantação de práticas integrativas pelo SUS e sugestões de melhorias.
- 4.8 Como você avalia o futuro da MI no atendimento público de saúde?
- 4.9 Que melhorias você sugere para as práticas de MI?

## **5 O contexto da inserção da PNPIC pela Unidade de Atendimento de Saúde**

- 5.1 Como você vê a saúde pública atualmente? (Mudanças, evolução, melhorias). E a [terapia do profissional] inserida nesse contexto?
- 5.2 Papel de fatores externos (contextuais) no processo de inserção das práticas integrativas.
- 5.3 Você tem informação se a procura/interesse pela Medicina Integrativa tem aumentado?
- 5.4 Como é realizada a divulgação das PICS para a sociedade?

## **6 Finalização da entrevista**

- 6.1 Há algo que você queira mencionar sobre o que conversamos na entrevista? Algo a acrescentar?
- 6.2 Desligar o gravador, mas manter-se aberto à conversa.
- 6.3 Registro das informações sobre a entrevista:

Data da entrevista:

Duração da entrevista:

Lugar da entrevista:

## **Apêndice C – Roteiro de entrevista para usuários da unidade de saúde**

### **1 Início da entrevista**

- 1.1 Apresentação do pesquisador
- 1.2 Apresentação de sua carteira de identificação da Universidade
- 1.3 Informação do objetivo da pesquisa
- 1.4 Informação da duração da pesquisa
- 1.5 Solicitação para a gravação da entrevista
- 1.6 Solicitação para o preenchimento de um termo de aceite da pesquisa (informação sobre ética e sigilo das informações)

### **2 Contexto e Inserção da PNPIC na Unidade de Atendimento de Saúde**

- 2.1 Como é sua relação com o médico/terapeuta?
- 2.2 Motivos (valores) da busca das práticas integrativas: cite três motivos para você escolher o tratamento com as PICs.
- 2.3 Comunicação das práticas: como o entrevistado obteve acesso/informação da oferta dessa prática pela Unidade de saúde?
- 2.4 Avaliação do entrevistado sobre a oferta dessas práticas integrativas dessa unidade: quais os aspectos positivos e quais os aspectos negativos da oferta dessa prática pelo serviço público de saúde?

### **3 Finalização da entrevista**

- 3.1 Há algo que você queira mencionar sobre o que conversamos na entrevista? Algo a acrescentar?
- 3.2 Desligar o gravador, mas manter-se aberto à conversa.
- 3.3 Registro das informações sobre a entrevista:

Data da entrevista:

Duração da entrevista:

Lugar da entrevista:

## **Apêndice D – Roteiro de entrevista para membros de Conselhos e Comissões**

### **1 Início da entrevista**

- 1.1 Apresentação do pesquisador
- 1.2 Apresentação de sua carteira de identificação da Universidade
- 1.3 Informação do objetivo da pesquisa
- 1.4 Informação da duração da pesquisa
- 1.5 Solicitação para a gravação da entrevista
- 1.6 Solicitação para o preenchimento de um termo de aceite da pesquisa (informação sobre ética e sigilo das informações)

### **2 Informações sobre o(a) entrevistado(a)**

- 2.1 Sexo:
- 2.2 Formação educacional:
- 2.3 Atuação no setor público.

### **3 As práticas de *Organizing* com a inserção da MI na Unidade de Atendimento de Saúde**

- 3.1 O que é Medicina Integrativa para você?
- 3.2 Quais as principais organizações ou indivíduos envolvidos no processo de inserção das PICS?
- 3.3 Em sua opinião, o que significa (valores) que o sistema de saúde público de saúde ofereça as PICS? Por quê?

### **4 As práticas de *Strategizing* com a inserção da MI na Unidade de Atendimento de Saúde**

- 4.2 Fale sobre seus interesses e expectativas em relação à inserção da MI no atendimento público de saúde.
- 4.3 Desafios e as dificuldades enfrentadas pelas unidades de saúde com relação à inserção e gestão dessas práticas na rede pública.
- 4.5 Sugestão de melhorias para as PICS.

### **5 O contexto da inserção da PNPIC pela Unidade de Atendimento de Saúde**

- 5.1 Como você vê a saúde pública atualmente? (Mudanças, evolução, melhorias).
- 5.2 Papel de fatores externos (contextuais) no processo de inserção das práticas integrativas.

**6 Finalização da entrevista**

6.1 Há algo que você queira mencionar sobre o que conversamos na entrevista? Algo a acrescentar?

6.2 Desligar o gravador, mas manter-se aberto à conversa.

6.3 Registro das informações sobre a entrevista:

Data da entrevista:

Duração da entrevista:

Lugar da entrevista:



**Apêndice E – Roteiro de observação de campo**

Local:	Data:
Público Observado:	Evento:

**1 Práticas Integrativas: observação dos profissionais no cotidiano e em reuniões (RASCHE; CHIA, 2009; RECKWITZ, 2002; JARZABKOWSKI; WHITTINGTON, 2008).**

- 1.1 Assuntos mais frequentes em relação às práticas de MI;
- 1.2 Formas de interação cotidianas;
- 1.3 Infraestrutura e recursos.
- 1.4 Avaliações informais do futuro/planos da Medicina Integrativa na unidade e no SUS.

**2 Ofertantes e usuários da Medicina Integrativa: observação na recepção/sala de espera das unidades (JARZABKOWSKI, 2005).**

- 2.1 Relação dos usuários com os profissionais (receptividade, vínculos);
- 2.2 Comentários ou avaliações emitidas espontaneamente pelos usuários.

## Apêndice F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: OLHARES SOBRE AS PRÁTICAS DE *STRATEGIZING* E DE *ORGANIZING* COM A INSERÇÃO DA MEDICINA INTEGRATIVA NA SAÚDE PÚBLICA, sob a responsabilidade das pesquisadoras **Vanessa Alves Pinhal e Jacqueline Florindo Borges**. Nesta pesquisa nós estamos buscando entender **como ocorre a implementação de práticas estratégicas da medicina integrativa em unidades de saúde pública da cidade de Uberlândia**. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora **Vanessa Alves Pinhal**, no momento em que a mesma for realizar as entrevistas, dentro das unidades de saúde estudadas. Na sua participação você será submetido a uma entrevista semiestruturada, ou seja, a pesquisadora seguirá um guia e lhe fará perguntas relacionadas ao tema da pesquisa (implementação das práticas da medicina integrativa conforme Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares). Além disso, as entrevistas serão gravadas em áudio para que possam ser transcritas e posteriormente analisadas. Após as transcrições, as gravações serão descartadas. Em nenhum momento você será identificado.

Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Os riscos consistem na possível identificação dos participantes da pesquisa, porém para que sejam minimizados, qualquer fator que possibilite a identificação do participante, como nome, cargo, endereço, dentre outros, serão tratados por meio de códigos ou nomes fictícios, visando a preservação de sua identidade.

Os benefícios serão, principalmente, de ordem prática ou gerencial, pois o estudo pretende trazer uma melhor compreensão por parte dos gestores públicos de como as estratégias relativas às práticas da medicina integrativa são implementadas e mantidas pelas unidades de saúde estudadas, já que sua aceitação se mostra crescente entre os profissionais atuantes na área. Esse esclarecimento sobre o processo de incorporação dessas práticas pode trazer benefícios nas ações relacionadas à gestão e ao funcionamento das unidades de saúde, no que diz respeito à oferta desses serviços. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: **Vanessa Alves Pinhal, (34) 99678-3211 ou Jacqueline Florindo Borges, (34) 99194-1775, ou ainda no seguinte endereço: Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 5M, Campus Santa Mônica – Uberlândia, MG.** Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131.

Uberlândia, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

---

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Participante da pesquisa

**Apêndice G – Termo de compromisso da equipe executora****TERMO DE COMPROMISSO DA EQUIPE EXECUTORA**

Nós, abaixo assinados, nos comprometemos a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “SAÚDE PÚBLICA E INTERPRETAÇÕES SOBRE A INSERÇÃO DE PRÁTICAS ESTRATÉGICAS DA MEDICINA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO” de acordo com a Resolução CNS 466/12.

Declaramos ainda que o Projeto de Pesquisa anexado por nós, pesquisadores, na Plataforma Brasil possui conteúdo idêntico ao que foi preenchido nos campos disponíveis na própria Plataforma Brasil. Portanto, para fins de análise pelo Comitê de Ética, a versão do Projeto que será gerada automaticamente pela Plataforma Brasil no formato “.pdf” terá o conteúdo idêntico à versão do Projeto anexada por nós, os pesquisadores.

Data: 28/03/2016.

Nomes e Assinaturas:

---

Jacqueline Florindo Borges

---

Vanessa Alves Pinhal

## Apêndice H – Solicitação da pesquisadora à Secretaria de Saúde Municipal



Uberlândia, de     de 2016

De: Profa. Dra. Jacqueline Florindo Borges

Unidade: Faculdade de Gestão e Negócios

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Prezada senhora,

Nós iremos desenvolver o projeto de pesquisa “SAÚDE PÚBLICA E INTERPRETAÇÕES SOBRE A INSERÇÃO DE PRÁTICAS ESTRATÉGICAS DA MEDICINA INTEGRATIVA E COMPLEMENTAR NO ATENDIMENTO À POPULAÇÃO”. Os responsáveis pelo desenvolvimento desse projeto são “Vanessa Alves Pinhal e Jacqueline Florindo Borges”. O objetivo central é “analisar a implementação de práticas estratégicas em organizações de saúde pública, a partir da perspectiva da estratégia como prática social” e os objetivos específicos são “aplicar a perspectiva da ECP ao estudo de práticas de tratamentos da MI ao atendimento público de saúde; analisar o processo de desenvolvimento e manutenção das práticas da MI na saúde pública: condições e desafios; e identificar e analisar as ações e os papéis dos estrategistas com vistas a verificar como essas práticas estratégicas surgem e são implementadas nas unidades de saúde estudadas”. Para desenvolver esse projeto, nós utilizaremos como metodologia de entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais da saúde e observação não participante nas unidades de saúde estudadas; assim que analisarmos os dados da gravação fonética/filmagem as mesmas serão descartadas. Nós pretendemos buscar alguns dados da nossa pesquisa na sua Instituição e, para isso, precisamos de sua autorização para obter esses dados.

No final da pesquisa nós iremos publicar em revistas de interesse acadêmico e garantimos o sigilo de sua Instituição. A senhora não terá nenhum prejuízo com a pesquisa e com os resultados obtidos pela mesma, assim como não terá nenhum ganho financeiro de nossa parte. O projeto será analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU) e nós nos comprometemos em atender à Resolução 466/12/Conselho Nacional de Saúde.

Caso a senhora queira, poderá nos solicitar uma cópia do Parecer emitido pelo CEP/UFU, após a análise do projeto pelo mesmo.

A sua autorização será muito útil para a nossa pesquisa e nos será de grande valia.

Aguardamos a sua manifestação.

Atenciosamente,

---

Jacqueline Florindo Borges  
Universidade Federal de Uberlândia

Para: Sra. Elisa Toffoli Rodrigues

Cargo: Médica

Instituição: Prefeitura Municipal de Uberlândia – Secretaria Municipal de Saúde

Endereço: Av. Anselmo Alves dos Santos, 600 - Santa Mônica, Uberlândia - MG, 38408-150.

Fone: (34) 3239-2670

## Apêndice I – Fundamentação teórica dos roteiros de entrevista

**Objetivo Geral (OG):** é analisar a configuração das práticas de *strategizing* e de *organizing* com inserção da MI no sistema público de saúde de Uberlândia.

### Objetivos Específicos (OE):

a) caracterizar as práticas de *strategizing* em um contexto pluralístico de inserção da MI no sistema público de saúde, do ponto de vista dos atores estratégicos (praticantes): governo federal, governo municipal, profissionais atuantes na MI, coordenadores de unidades de saúde, usuários, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Regional de Medicina;

b) caracterizar as práticas de *organizing* em um contexto pluralístico de inserção da MI no sistema público de saúde, do ponto de vista dos atores estratégicos (praticantes): governo federal, governo municipal, profissionais atuantes na MI, coordenadores de unidades de saúde, usuários, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Regional de Medicina;

c) analisar o modo de associação/configuração entre *strategizing* e *organizing* na inserção das práticas de MI no sistema público de saúde de Uberlândia.

ROTEIRO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
QUESTÕES GUIA	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA
Descreva sua rotina de trabalho.	Jarabkowski (2004); Whittington (2007); Jarabkowski; Whittington (2008).
Interação dos profissionais no cotidiano de trabalho.	Jarabkowski (2004)
Comunicação Interna (De que maneira são repassados conhecimentos, informações, diretrizes).	Rasche; Chia (2009); Fenton; Langley (2011).
O que é Medicina Integrativa para você?	Rakel (2012)
Como ocorre a execução das estratégias relativas à Medicina Integrativa? (Verificar a existência de planos, estratégias de ação, monitoramento, etc.)	Whittington (1996); Johnson et al., (2007).

Em sua opinião, o que significa que o sistema público de saúde ofereça as PICS?	Vecina Neto (2016)
Interesses e expectativas em relação à inserção da MI no atendimento público de saúde.	Rakel (2012); Arouca (2003)
Comente sobre as mudanças que ocorreram desde a implementação dos serviços da Medicina Integrativa nesta unidade.	Jarzabkowski (2004)
Destinação de recursos para a MI.	Brasil (2006)
Desafios e as dificuldades enfrentadas pelas unidades de saúde com relação à inserção e gestão dessas práticas na rede pública.	WHO (2002); Santos et al. (2009); Ministério da Saúde (2006).
Em sua avaliação, quais os pontos positivos e negativos da implantação de práticas da Medicina Integrativa nessa unidade?	Santos et al. (2009); Ministério da Saúde (2006)
Avaliação sobre os resultados da implantação de práticas integrativas pelo SUS e sugestões de melhorias.	WHO (2002)
Como você vê a saúde pública atualmente? (Mudanças, evolução, melhorias)	Oliveira (2000); Filkelman (2002); Segre; Ferraz (1997); Scliar (2007)
Papel de fatores externos (contextuais) no processo de implantação das práticas integrativas.	Whittington (2006); Golsorkhi et al. (2010)
Você tem informação se a procura pela Medicina Integrativa tem aumentado? Qual a prática mais procurada pelos usuários dessa unidade?	Andrade; Costa (2010); NCCAM (2015); Rakel (2012); Ischkanian; Pelicioni (2012)
Divulgação para sociedade (É formalizada? Quem divulga?)	Brasil (2006)



<b>ROTEIRO DOS USUÁRIOS</b>	
<b>QUESTÕES GUIA</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>
Motivos da busca das práticas integrativas.	Maizes (1999); Otani; Barros (2011)
Comunicação das práticas: como o entrevistado obteve acesso/informação da oferta dessa prática pela Unidade de saúde?	Brasil (2006)
Avaliação do entrevistado sobre a oferta dessas práticas integrativas da unidade: qual é a sua avaliação sobre a oferta dessa prática pelo serviço público de saúde?	WHO (2002)

## Apêndice J – Cronograma e Orçamento da Pesquisa

Cronograma da Pesquisa																								
Atividade	2015										2016										2017			
	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M
Créditos para Integralização	x	x	x	x	x	x	x	x	x															
Definição do tema	x	x	x	x																				
Revisão Bibliográfica					x	x	x	x	x	x	x													
Elaboração do Projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa da UFU (CEP/UFU)												x												
Análise pelo CEP/UFU													x	x										
Qualificação															x									
Adequações conforme sugestões da banca de qualificação																x								
Coleta de Dados																	x	x	x			x		
Análises dos Dados																		x	x	x				
Revisão e readequações																						x		
Defesa																							x	
Entrega Relatório Final ao CEP/UFU																								x

Orçamento da Pesquisa	
Identificação do Orçamento	Valor (R\$)
Cópias e Impressões	320,00
Aquisição de Gravador de Áudio	264,00
Materiais de Papelaria	80,00
Deslocamento	200,00
<b>Total</b>	<b>864,00</b>