

Acompanhamento da implantação de uma Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares: principais desafios

I¹ Carmencita Ignatti, ² Eunice Nakamura I

Resumo: Este artigo é fruto de um recorte da pesquisa etnográfica de doutorado realizada em uma Unidade de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), no município de Peruíbe-SP. A abordagem centra-se na análise da implantação da Política Pública Municipal de PICS (PMPIC), possibilitada pela observação participante de reuniões com profissionais e gestores, registradas em diários de campo, leitura de documentos do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde e do próprio texto da lei, bem como das narrativas dos atores envolvidos. A análise do material baseou-se na interpretação de base hermenêutica (GEERTZ, 1989), sendo apontados os principais desafios observados durante o acompanhamento do processo. O formato da PMPIC em Peruíbe, embora atenda ao recomendado em nível nacional e internacional, garantiu somente os aspectos jurídico-institucionais. Apesar do avanço na construção da política, os desafios para sua implementação e ampliação esbarram em dificuldades políticas e operacionais, que deverão ser superadas para o estabelecimento de amplas perspectivas para as práticas integrativas e complementares nos serviços de saúde do município.

► **Palavras-chave:** Práticas integrativas e complementares; terapias complementares; etnografia; Sistema Único de Saúde; política de saúde.

¹ Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo, Santos-SP, Brasil (carmencitaignatti@gmail.com). ORCID: 0000-0002-0612-3867

² Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo, Santos-SP, Brasil (e.nakamura@unifesp.br). ORCID: 0000-0001-8786-5207

Recebido em: 31/08/2020
Aprovado em: 07/12/2020
Revisado em: 20/01/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310107>

Introdução

Este artigo é um recorte de uma pesquisa qualitativa e etnográfica que estuda a relação entre dor e sofrimento, acompanhando usuários com dor crônica em tratamento com acupuntura e toque terapêutico, bem como os terapeutas que os atendem, em uma Unidade de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), no município de Peruíbe, litoral sul de São Paulo.

Peruíbe, um balneário integrante da região metropolitana da Baixada Santista ou Costa da Mata Atlântica, com cerca de 65.000 habitantes, possui uma jazida de argila crenológica que legou uma tradição naturalista ao município, por oferecer tratamento com termalismo e crenologia há cerca de duas décadas, através da lama negra, rica em elementos orgânicos e minerais, com efeitos positivos em dermatologia e reumatologia (GOUVEA, 2018; TORRECILHA, 2014; BRITSCHKA, 2006).

Em meados de 2001, os tratamentos eram oferecidos inicialmente em tendas na orla marítima, com grande procura. Em 2004, foi construído o Parque Thermal da Lama Negra (Lamário), em região privilegiada próxima ao oceano, com um prédio para atender os clientes, contendo macas, banheiras, cadeiras *chaise longue* e um solário. Para cada tipo de afecção, havia a opção de aplicação em maca, sem a luz do sol, em *chaise longue* ou por banho de imersão no solário, e ainda ao ar livre, sob o sol, completando-se o tratamento com a talassoterapia (banho marítimo). (GOUVEA, 2018). O Lamário estabeleceu-se, assim, no início dos anos 2000, consolidando o turismo da saúde em Peruíbe, com investimento inicial do governo municipal da época. O médico responsável por esse projeto até a atualidade, é naturalista, especialista em Termalismo e Crenologia, Homeopatia, Fitoterapia e Medicina Tradicional Chinesa.

Por razões político-partidárias, o tratamento foi suspenso durante o mandato anterior, quando o então governo municipal, desconsiderando a importância das atividades, deixou de efetuar o pagamento e a renovação de contrato com a mineradora que operava na jazida. O local continua em funcionamento, porém apenas com a aplicação de máscaras faciais e apresentação de vídeos, para fins publicitários.

A tradição naturalista do município, em que pesem as questões políticas que interromperam o tratamento oferecido no Lamário, abriu caminho para a construção de uma política pública voltada às PICS. O processo de construção da política foi iniciado pelo profissional responsável pelo trabalho no Lamário, baseando-se em dois fatores: o primeiro, decorrente da instituição da Política Nacional de Práticas

Integrativas e Complementares (PNPIC) no país, por meio da publicação da Portaria MS SUS nº 971, em maio de 2006 (BRASIL, 2006), a qual estabeleceu parâmetros para incentivar a propagação de políticas nos estados e municípios e o segundo, associado à parceria com o Movimento de Educação Popular em Saúde (MOPS).

O MOPS surgiu, como outros movimentos populares, por iniciativa da sociedade civil, na década de 60, contando com o incentivo da Igreja católica, por meio do Movimento de Educação de Base (MEB) e da Teologia da Libertação, segundo a concepção freireana de educação (BONETTI; PEDROSA; SIQUEIRA, 2014). O MOPS agregou voluntários ligados à universidade pública, ao movimento estudantil e às instituições de saúde pública, na medida em que buscava soluções para os problemas de saúde de populações vulneráveis fora das ações institucionais, caminhando na mesma direção de outros movimentos, como o da Reforma Sanitária, que contribuíram para a formulação e o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (BONETTI; PEDROSA; SIQUEIRA, 2014; OLIVEIRA, 2009; STOTZ; DAVID; UN, 2005; STOTZ, 2005).

O foco principal do MOPS é a experiência de vida compartilhada, valorizando e resgatando os saberes populares e tradicionais. De acordo com esses princípios, as PICS foram incluídas nas atividades do MOPS como oferta de cuidado natural através de seus integrantes, privilegiando o acolhimento e a escuta, acessível até mesmo como prática doméstica, como por exemplo, orientações para a utilização de chás, hortas caseiras, massagem e automassagem, escalda-pés, exercícios e educação alimentar, com o objetivo de incentivar o autocuidado (MACHADO, 2020; STOTZ, 2005).

O MOPS consolidou sua trajetória ao se organizar por meio da Articulação Nacional de Saúde em 1991 e, a partir de 2003, legitimou-se como Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), ganhando corpo com a criação, em 2009, do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) e com a aprovação, em 2012, da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS SUS), adotando a estratégia de sua expansão por meio do incentivo à formação de núcleos em todo o país (BRASIL, 2014; SANTOS, 2009).

Os núcleos do MOPS espalharam-se pelo território nacional, chegando a Peruíbe em novembro de 2017, através de parceria com o governo municipal, por intermédio de um representante do Conselho Nacional de Saúde e da ANEPS, e do médico e diretor responsável pelo Parque Turístico da Lama Negra (Lamário), o qual se

integrou ao MOPS, ao mesmo tempo que o Movimento passou a disponibilizar uma equipe de voluntários para atender com PICS no local.

Este artigo objetiva detalhar a trajetória da implantação da política municipal de PICS, analisando os desafios e os avanços a partir dos documentos da PNPIC, do texto da Lei PMPIC (PERUIBE, 2018), dos atores envolvidos e suas interlocuções registradas em diário de campo, por meio de observação participante, descrevendo os caminhos percorridos para sua consolidação.

Material e Métodos

Apresenta-se um recorte da pesquisa de doutorado (CAAE 60508616.8.0000.5505//01/12/2016) que tem como objetivo estudar os significados da relação entre sofrimento e dor em usuários com Dor Crônica, em tratamento por Acupuntura e Toque Terapêutico. O campo da pesquisa se deu em uma unidade de saúde referência em PICS no município de Peruíbe, fruto de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e uma equipe de voluntários do MOPS, mediante a aprovação da Política Municipal de PICS (PMPIC).

Atendendo ao objetivo deste artigo, realizou-se a análise de parte da pesquisa etnográfica de doutorado, baseando-se nos dados da observação participante de reuniões com profissionais da saúde e gestores envolvidos no processo de implantação das PICS no município de Peruíbe, no período de março de 2018 a novembro de 2019. Nos diários de campo, a análise centrou-se no envolvimento do MOPS e nas narrativas da interlocução entre os principais atores envolvidos para a compreensão do processo de implementação dessa política no município, com destaque para os principais desafios à sua consolidação.

Além dos dados da pesquisa etnográfica, foram objeto de análise os documentos relacionados à PNPIC e PICS publicados pelo Ministério da Saúde, orientações da Organização Mundial de Saúde e o texto da Lei Municipal de Práticas Integrativas e Complementares de Peruíbe.

Resultados e Discussão

A relação entre PNPIC e PMPIC

O processo de implantação da PNPIC no país teve um longo percurso até chegar ao contexto de sua consolidação e atendeu a uma orientação global da Organização

Mundial da Saúde (OMS), cujas raízes localizam-se há cerca de quase cinquenta anos. Naquela época, o mundo passava por convulsões sociais que demandavam uma mudança de paradigmas na assistência de saúde, em especial em países considerados de Terceiro Mundo, com escassez de recursos e com políticas de cobertura da saúde das populações vulneráveis.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, em 1978, gerou a Carta ou Declaração de Alma-Ata, conclamando a uma ação mundial imediata “para promover a saúde de todos os povos do mundo” (BRASIL, 1979). Um fator de extrema relevância foi o reconhecimento dos profissionais da Medicina Alternativa (MT) e Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) como trabalhadores da Saúde, com a recomendação de que tais práticas deveriam ser inseridas nos serviços públicos de saúde, dada sua importância para o cuidado da saúde das populações, bem como o reconhecimento da relevância dos saberes tradicionais. (BRASIL, 2009).

A OMS lançou, no final da década de 70, o documento “Estratégia para as Medicinas Tradicionais 2002-2005” (WHO, 2002), com as bases de um Programa de Medicina Tradicional, visando ao desenvolvimento de políticas públicas para o resgate e incentivo à implantação da MT e MAC nos países membros, com o implemento de pesquisas. No Brasil, nessa época, já ocorriam experiências isoladas de grupos autônomos atuando em comunidades carentes com educação popular, incentivando o resgate de saberes tradicionais e promovendo ações educativas para o cuidado com saúde, higiene e alimentação (BRASIL, 2014).

A partir dos anos 80, começaram a ser implantados nos serviços públicos de saúde o termalismo social, a homeopatia, a fitoterapia, a acupuntura e algumas práticas voltadas para a saúde mental, as quais vieram a ser respaldadas por Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) nºs 4 a 8, em março de 1988, fixando as normas e diretrizes para o atendimento em Homeopatia, Acupuntura, Termalismo, Técnicas Alternativas de Saúde Mental e Fitoterapia (BRASIL, 2011; 2015).

Várias ações e demandas sociais relevantes para a implementação da PICS na rede pública de saúde já vinham acontecendo, concomitantemente ao processo de elaboração da proposta do SUS. Destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986 (BRASIL, 1986), um marco histórico do país, que apontou modificações estruturais e de procedimentos no campo da saúde sob forte influência

do movimento da Reforma Sanitária. No relatório final da 8ª Conferência, deliberou-se pela introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, com o acesso democrático à opção terapêutica.

Entre 1985 e 2004, várias ações relevantes foram promovidas, com destaque para a inserção da assistência homeopática na rede pública, a criação de um grupo técnico específico de medicinas não convencionais, recomendações da 8ª a 12ª Conferências Nacionais de Saúde sobre a incorporação de terapias alternativas e práticas populares no SUS, incluindo a disponibilização de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos e ainda, estudos para a elaboração de uma política pública nacional na Atenção Básica (BRASIL, 2011; 2015; FIGUEIREDO; GURGEL; GURGEL JR, 2014).

O texto da PNPIC foi elaborado e encaminhado para avaliações e revisões por uma Comissão Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo publicado pelo Ministério da Saúde em maio de 2006, como a Portaria nº 971 (BRASIL, 2006). Em novembro do mesmo ano foi publicada a Portaria SAS Ministerial nº 853, que incluiu o serviço de Práticas Integrativas e Complementares (Código 068) na Tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de informações do SUS, o que possibilitou, além de visibilidade das práticas do SUS, seu monitoramento e avaliação. (DE SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2009; BRASIL 2006). Desde a publicação dessas Portarias, dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011; 2015; 2018) apontam o crescimento da aprovação de serviços de PICS pela população e a ampliação da cobertura em número crescente de municípios, fatores que levaram ao reconhecimento de novas PICS em duas Portarias subsequentes.

Em março de 2017, foi aprovada a Portaria nº 849 (BRASIL, 2017) que inseriu mais 14 PICS: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga, totalizando 19 práticas desde março de 2017. Para ampliar ainda mais a oferta, flexibilizando novas categorias de cobertura, foi aprovada a Portaria nº 702 em março de 2018 (BRASIL, 2018), com mais dez práticas: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia.

A criação da PMPIC em Peruíbe alinhou-se, portanto, ao movimento amplo em andamento no país, instituindo a implantação da Lei nº 3587/2018 de acordo com as

Portarias MS-SUS nº 971 e depois ampliadas pelas Portarias nºs 849 e 702, as quais definem as modalidades e seus descritivos. Modelando-se na PNPIC, a PMPIC em Peruíbe assentou-se na proposta da “integralidade das ações e dos serviços no SUS, bem como no parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080/90, que diz respeito às ações destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social, como fatores determinantes e condicionantes da saúde”, conforme publicado em sua versão original compacta no Boletim Oficial do Município (BOM) nº 774, em 3 de abril de 2018 informando a promulgação da Lei (PERUIBE, 2018).

Entre os objetivos da lei, recentemente atualizada, destacam-se a inserção progressiva em todos os níveis de atenção, a garantia de amplo acesso à população, com qualidade, eficácia e segurança, a promoção de ações educativas de formação, qualificação e atualização técnica para profissionais da saúde que atuam no SUS local e investimentos para atender à demanda encaminhada e espontânea, determinando-se o Lamário como centro de referência.

O processo de implantação da PMPIC no município contou com eventos facilitadores, como a vocação do município para o turismo da saúde tendo à frente o diretor médico já conhecido por seu trabalho com a Lama Negra e com sua prática profissional em Termalismo Social, Medicina Chinesa e Fitoterapia; o apoio do Conselho Municipal de Saúde pelas mesmas razões, a parceria com o MOPS e com a anuência do então Secretário de Saúde, fatores que levaram ao apoio do gestor do município e aprovação pela Câmara dos Vereadores.

Ao comparar as políticas nacional e municipal, analisou-se inicialmente a PNPIC, evidenciando as dificuldades para sua ampla implementação e expansão no país, como a inexistência de orçamento próprio, a insuficiência da cobertura nos territórios por falta de definição de diretrizes quanto a ações e recursos, a insuficiência de indicadores de avaliação e experiência acumulada, o desconhecimento de profissionais e gestores, a falta de “confiança” em modelo que diverge do sistema biomédico culturalmente instituído, investimento reduzido ou inexistente em mapeamento de profissionais capacitados e/ou capacitação e dificuldades de rearranjo do método operacional dos serviços para oferta de PICS (OLIVEIRA, 2019; AMADO et al., 2018; LOSSO; FREITAS, 2017; MÜLLER, 2016; CONTATORE et al., 2015; LIMA; SILVA; TESSER, 2014; SANTOS, 2010).

A adesão à PNPIC pelos municípios, que depende da vontade política e decisão de gestores, pode ser dificultada devido a esse desconhecimento, ao descrédito ou à

resistência ao modelo, implicando desinteresse em constituir uma política própria. O desconhecimento de gestores e profissionais sobre as PICS é fator preponderante na recusa deste tipo de terapias, com a alegação de pouca qualidade, empirismo, ausência de comprovação científica, resultados duvidosos e, até mesmo, de funcionarem como placebos. Por outro lado, a escassez de profissionais qualificados e a falta de investimento na formação profissional favorecem o descrédito, se não nos sistemas médicos complexos, como a Medicina Tradicional Chinesa, nas demais opções terapêuticas desprovidas de um corpo de conhecimentos reconhecido como seguro, científico e de qualidade (BARROS et al. 2020; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018; TESSER; 2018; SOUSA et al., 2012).

A implantação da PMPIC no município de Peruíbe, embora oficializada, pareceu enfrentar obstáculos semelhantes em sua consolidação. Com base nos dados e autores analisados, os motivos do impasse em relação à consolidação da política, podem residir em dois aspectos fundamentais:

1. A iniciativa partiu do médico responsável pelo projeto da Lama Negra, que adaptou a Portaria nº971/06 para o município e procurou apoio de vereadores e do secretário de Saúde, o qual, por sua vez, sensibilizou o prefeito. O Conselho de Saúde foi procurado para pedir apoio junto à Câmara e o MOPS para montar a equipe.

De acordo com Losso e Freitas (2017) e Santos (2010), não houve planejamento, discussão de viabilidade ou participação social no processo. Nagai e Queiroz (2005) apontam as limitações de uma decisão simplificada baseada em visão biomédica de oferta de técnicas mecanicistas, sem modificação do modelo de disponibilização e adaptação do ambiente de prática. Não foi definido um núcleo responsável para o desenvolvimento, nem feita análise situacional, que, de acordo Santos e Tesser (2012), deveriam anteceder a regulamentação e a implantação da política. No processo de consolidação da PMPIC, evidencia-se o envolvimento de poucos atores na construção da política (*top down*) (SANTOS, 2010) com conteúdo limitado à fragilidade institucional, apesar da regulamentação, esbarrando ainda na falta de divulgação e apoio de profissionais, serviços e da sociedade, resultando no distanciamento entre a lei e a realidade.

2. A Unidade de Referência agregou-se ao projeto da Lama Negra, mantendo-se o médico responsável como diretor (além de suas outras obrigações como médico do serviço público) e alinhando-se à parceria do MOPS para suporte à sua viabilização. Não houve a alocação de recursos humanos suficientes, seja por matriciamento,

capacitação ou contratação (TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018; TESSER, 2018) pela Secretaria de Saúde para o atendimento, tampouco adaptação e manutenção do referido prédio, que já vinha apresentando déficit estrutural e de equipamentos. O texto da lei (PERUÍBE, 2018) que trata da provisão e treinamento de pessoal não foi cumprido até o momento, evidenciando, portanto, uma incoerência paradoxal. A falta de recursos humanos se agrava pelo fato de o diretor médico ser do quadro de funcionários da Prefeitura e ocupar várias funções em outros locais, atuando como acupunturista apenas um dia na semana. Uma psicóloga da rede pública oferece atendimento na unidade como voluntária, somente aos sábados, fora da jornada de trabalho. A falta de profissionais compromete a inserção em todos os níveis de atenção e estruturas da atenção básica, garantia de acesso e aumento da resolutividade.

As dificuldades apontadas em relação à escassez de profissionais atuantes na unidade não contemplam aspectos importantes ao direcionamento da PNPIC. De acordo com Losso e Freitas (2017), a implantação deve prever o atendimento a quatro dimensões: assistência (serviços), recursos humanos, recursos materiais e gestão, implicando dinâmica de ações, investimentos, capacitação/educação permanente e cobertura da atenção, para que o serviço seja classificado como implantação incipiente, parcialmente implantado e implantado.

Müller (2016), abordando as 11 diretrizes recomendadas pela PNPIC, destaca a importância dos mecanismos de financiamento, da capacitação profissional e investimento em recursos humanos. Tesser (2018) Tesser, Souza e Nascimento (2018) e Santos e Tesser (2012) também fazem referência aos números reduzidos de recursos humanos capacitados, financiamento insuficiente e poucos espaços institucionais para novas práticas e serviços.

Ocorre, assim, a subnotificação de dados no sistema, uma vez que o serviço não está devidamente incorporado à estrutura oficial, acarretando um distanciamento entre o registrado e o praticado, comprometendo ainda o repasse de verbas destinadas ao incentivo da implantação das PICS no SUS (SOUSA et al., 2012).

O processo de implantação da PMPIC: atores, narrativas e fatos observados

O Complexo Termal da Lama Negra de Peruíbe (Lamário), construído em 2004, iniciou os trabalhos de atendimento ao público pelo SUS através da integração à rede municipal de saúde. Tornou-se, assim, o primeiro centro de termalismo social

vinculado a PNPIC do Ministério da Saúde com atendimentos de livre demanda e referenciados, de acordo com o médico, diretor e fundador do Lamário.

Em novembro de 2017, teve início o processo de criação do MOPS-Peruíbe, do qual o diretor passou a fazer parte. Com essa aproximação, houve a proposta de parceria com a Secretaria de Saúde para atendimento a usuários encaminhados da rede pública, configurando, assim, os atores responsáveis pelo andamento do projeto. Por determinação da PMPIC, o Lamário tornou-se Unidade de Referência. O envolvimento da Secretaria e do MOPS, reforçado pela atuação do Conselho Municipal de Saúde, teve impacto direto na aprovação da política pública de PICS no município.

Em 13 de abril de 2018, embora inicialmente tenham se reunido o médico responsável pelo Lamário, uma enfermeira da Secretaria de Saúde e integrantes do MOPS para a definição da logística do funcionamento da Unidade de PICS com planejamento, abastecimento de insumos, agenda, divulgação, encaminhamentos e serviços ofertados, a condução centralizou-se cada vez mais entre o diretor do Lamário e a equipe do MOPS, com distanciamento crescente do gestor e seus representantes, significando tanto a desarticulação de registros nos prontuários e na base de dados do SUS como a ausência de tratativas a respeito dos usuários, importante indicativo de invisibilidade do Lamário.

Os atendimentos se iniciaram com voluntários do MOPS disponíveis para acupuntura, reiki, toque terapêutico, reflexologia, reeducação alimentar de base ayurveda e constelação familiar, sendo também aberta a possibilidade de grupo de meditação, mas não houve qualquer esforço do gestor de saúde para a articulação com a rede básica para os encaminhamentos. O agendamento ocorreu apenas por demanda espontânea, o que definiu um perfil da clientela detentora de conhecimento e aprovação do uso de PICS. Nesse ínterim, o secretário foi exonerado por questões políticas internas e o médico responsável afastou-se por dois meses para dedicar-se a estudos, dando aos voluntários total liberdade na condução do serviço e tomada de decisões, sem qualquer interesse ou supervisão pela Secretaria de Saúde.

Durante meses, o contato com a secretaria ficou restrito ao diretor, quando convocado. Nesse período, ocorreu apenas uma visita de um diretor da Atenção Básica, empossado na troca de gestão na Saúde, o qual desconhecia o Lamário e o projeto da Lama Negra, a PNPIC/PMPIC e a parceria com o MOPS. O motivo da visita foi conhecer a situação precária do prédio e necessidades de provisão de

recursos, de articulação entre a secretaria e unidades de saúde, além de todo o contexto implicado na implantação de uma política pública municipal.

Nas narrativas e fatos observados na pesquisa, apontamos alguns significados das PICS para os gestores, evidenciando o embate ideológico sutil da afirmação do paradigma biomédico de um lado, e de outro a invisibilidade das PICS. Essa invisibilidade é mencionada por Müller (2016), Tesser e Sousa (2012) e Tesser (2009), quando abordam a deslegitimação das PICS pelo descrédito e desconfiança para com um paradigma vitalista, não biomédico e contra hegemônico.

Seguem-se algumas das narrativas dos gestores destacadas em dois encontros e que reforçam os desafios apontados pelos autores consultados:

O MOPS é muito bem-vindo na composição da equipe para a unidade funcionar, mas devem excluir os atendimentos com saberes populares, porque podem pensar que é “macumba” e causará um impacto negativo junto à comunidade predominantemente evangélica. (Registro em diário de campo, março de 2018).

Referências a esses tipos de restrições às PICS foram mencionadas em experiências de outras localidades, expressando a tensão entre o sistema biomédico estabelecido e a propositura de tratamentos não convencionais, baseados em saberes populares e em princípios de funcionamento não lineares que abarcam a totalidade do contexto que compõe a atenção à saúde (BARROS et al., 2020; OLIVEIRA, 2019; AMADO et al., 2018; TESSER; SOUSA; NASCIMENTO, 2018; MÜLLER, 2016; CONTATORE et al., 2015; BRASIL, 2015; LIMA; SILVA; TESSER, 2014; SANTOS; TESSER, 2012; ANDRADE; COSTA, 2010; TESSER, 2009; DE SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008; BARROS, 2006). A narrativa apresentada claramente remete ao conceito de invisibilidade, descrédito e deslegitimação, acrescentando-se o preconceito acerca de outros saberes e desconhecimento sobre a proposta da PNPIC e orientações da OMS, já mencionados e reforçados por Tesser, Sousa e Nascimento (2018), Tesser e Souza (2012) e Tesser (2009), quando afirmam a não aceitação e desvalorização de outro sistema “não científico” frente ao estabelecido pelo poder econômico e político dominantes com fatores culturais e científicos arraigados.

Langdon (2014) explica que a postura médico-centrada predominante se afasta do entendimento de que saúde e doença se atrelam à perspectiva antropológica, e destaca a importância da intermedicalidade como aproximação entre sistemas de cura diversos, considerando novas formas de atenção. Da mesma forma, Tesser,

Sousa e Nascimento (2018) registram a ausência dos saberes tradicionais de matrizes indígena e africana na própria PNPIC.

Outro gestor, em visita ao Lamário, afirma:

Nunca tinha vindo aqui, nem conhecia esse prédio [...] Lama Negra, Termalismo? [...] Política Municipal de PICS? [...] Como não tem funcionário na equipe, o que é o MOPS, esse pessoal é formado? [...] Não conheço bem essas práticas, não entendo nada disso, mas sei que é da área médica, pois fui tratado com acupuntura, por um colega especialista [...] Não sei se temos profissionais que trabalham com essas práticas na Rede, vou ver [...] Não sabia que estavam sem material de trabalho, mas não tem previsão orçamentária [...] (Registro em diário de campo, agosto de 2018).

Essas narrativas apontam aspectos que parecem dificultar o processo de implantação da PMPIC de Peruíbe, como a falta de interesse dos gestores, o desconhecimento e o não envolvimento com uma política pública, a ideia de atendimento baseado no modelo técnico-burocrático, a despersonalização da assistência - enfim, a não disponibilidade de oferta de um serviço estruturado de qualidade e o não reconhecimento de uma responsabilidade do governo, indicativos já mencionados por Oliveira (2019), Losso e Freitas (2017), Müller (2016), Figueiredo, Gurgel e Gurgel Jr (2014), Santos (2010), De Simoni, Benevides e Barros (2008) e Nagai e Queiroz (2005).

Considerações finais

De acordo com a análise dos dados apresentada, o processo de implantação da PMPIC em Peruíbe parece indicar um longo caminho para sua concretização no SUS, conforme as definições e orientações da OMS e da PNPIC. O fato de a opção pelas PICS não ser obrigatória e depender de escolha de gestores parece indicar um obstáculo inicial à sua consolidação. Outro obstáculo é o conhecimento ainda limitado sobre a PNPIC, somado ao fato de o modelo biomédico ter lugar reconhecido e validado de longa data pelo sistema de saúde e pela população. Esses obstáculos evidenciam um cenário de disputas políticas que se encontram na base do processo de implantação e sustentação das PICS no município.

A consolidação do que é preconizado pela OMS (WHO, 2002) e a PNPIC (2006) a respeito de um cuidado humanizado, continuado e integral, depara-se com um contexto em que predomina o modelo biomédico, como referência aos serviços de saúde, à atuação profissional e, no geral, à população. A hegemonia desse modelo atua, portanto, como resistência à necessária mudança de paradigma para

a incorporação de outras práticas de cura, conforme as diferentes racionalidades da Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Ayurveda e demais medicinas tradicionais com suas concepções e modos de intervenção complexos, a partir de uma visão holística e integral do ser humano (ALVES et al., 2018), diferentemente do que é proposto no modelo biomédico.

Embora a Portaria nº 971/06 tenha validado práticas médicas que já vinham ocorrendo nos serviços de saúde, valorizando racionalidades médicas complexas como a Homeopatia, a Fitoterapia e a Medicina Tradicional Chinesa, outros modelos de cuidados, como aqueles elencados nas Portarias nºs 702/17 e 849/18, esbarraram em questões acerca do seu reconhecimento científico e da eficácia da prática profissional nas ações terapêuticas.

Os desafios à implantação da PMPIC em Peruíbe parecem estar relacionados, portanto, a essas formas de poder arraigadas no sistema de atenção centrado num modo de fazer saúde referenciado no modelo biomédico e legitimado pela própria sociedade. O reconhecimento social atribui a esse modelo de atenção uma condição de inquestionabilidade, materializada como referência de qualidade e segurança, seja por uma questão histórica, seja por uma imposição social determinada e determinante dos significados culturais do cuidado à saúde.

Observou-se nesta pesquisa que a política foi estabelecida de forma vertical, segundo a ideia de verticalidade *top down* (SANTOS, 2010), sem conexão com a realidade do município, com o funcionamento da política de saúde instituída no momento de sua implantação e, mais grave, sem o entendimento da horizontalidade necessária das articulações demandadas no processo. Incide, principalmente, no desconhecimento do significado estrutural da introdução de um modelo de atenção diversificado e desafiador para a mudança do próprio sistema de saúde, segundo os princípios do cuidado humanizado, continuado e integral, como mencionado.

As considerações acima apontadas parecem fundamentar as razões para a demora na concretização das ações, incluindo compra e manutenção dos serviços, desarticulação interna com a própria Secretaria de Saúde, falta de um planejamento de funcionamento e de sistematização do processo de comunicação, captação, fluxo e encaminhamento do usuário, ausência de um investimento na contratação, constituição, apoio e treinamento de uma equipe adequada e de uma devolutiva à sociedade de um serviço de qualidade agregado ao serviço de saúde.

Em que pesem os obstáculos, tensões e dificuldades no jogo de forças exposto na implementação da PMPIC em Peruíbe, é preciso destacar alguns aspectos positivos que surgiram durante esse processo. Destaca-se um modelo de assistência que desloca o eixo da atenção focada na doença para a saúde e, principalmente, do médico para o usuário, utilizando um fazer saúde que considere a voz da pessoa em sofrimento através da escuta sensível e acolhedora, em linguagem mais acessível à compreensão, rompendo o distanciamento entre o profissional e o usuário. Houve, portanto, avanço importante e significativo com a criação da PMPIC em Peruíbe, traduzido em possibilidades para o estabelecimento de um serviço de qualidade e de amplas perspectivas para as práticas integrativas e complementares acontecerem de forma plena.

No contexto observado, buscou-se equacionar as disputas políticas e os obstáculos à implantação da política no município, evidentemente não sem tensões. Ressalta-se a articulação realizada pela Secretaria Municipal de Saúde com as demais secretarias e setores para a integração e expansão das atividades, em especial o serviço de comunicação. Foi relevante, também, o realinhamento com o Conselho Municipal de Saúde e a sociedade para a problematização e busca de soluções conjuntas e implementação de medidas junto ao Legislativo e Executivo.

A aposta em processos mais horizontalizados, como na valorização de parcerias como a estabelecida com o MOPS, para as intervenções com a Educação Popular, a criação de hortas medicinais, a retomada dos atendimentos com saberes tradicionais, o deslocamento para áreas sem cobertura de PICS, as campanhas públicas em conjunto com os agentes de saúde e atuação em escolas e núcleos populares, são medidas que podem garantir o fortalecimento das PICS na Atenção Básica e no próprio SUS.

E, acima de tudo, é preciso considerar, no âmbito de um possível diálogo entre diferentes saberes e práticas, segundo a noção de intermedialidade (LANGDON, 2014), o questionamento à hegemonia do modelo biomédico em direção a uma aproximação entre sistemas de cura diversos “portadores de razão médica e de eficácia terapêutica próprias, coerentes com seu estilo de pensamento, contradizendo o senso comum de que somente a biomedicina seria portadora de racionalidade” (TESSER; LUZ, 2008, p. 196).

A proposta do modelo de atenção com base nas PICS coloca em questão, pela inovação de saberes, práticas e modos de relação, a hegemonia do modelo biomédico, atendendo às demandas de saúde com qualidade e segundo os pressupostos para as

quais foram referendadas pela OMS e abraçadas pelo Ministério da Saúde visando ao fortalecimento do SUS.¹

Referências

ALVES, M. R. R. et al. Práticas Integrativas e Complementares no SUS: revisão integrativa sobre a concretização e a integralidade do cuidado em saúde. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* v. 10, n. 3, p. 179-182, jun. 2018. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7647/6616>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

AMADO, D. M. et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. *Journal of Management & Primary Health Care*, v. 8, n. 2, p. 290-308, 22 ago. 2018.

ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saude e Soc.* V. 19, n. 3, p. 497-508, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300003>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/03.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2020.

BARROS, L. C. N. et al. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde: Percepções dos Gestores dos Serviços. *Esc Anna Nery*, v.24, n. 2, p. 1-8, 2020. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0081>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452020000200204&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BARROS, N. F., Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. *Ciênc saúde coletiva*, v. 11, n. 3, p. 850-4, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300034>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BONETTI, O. P.; PEDROSA, J. I. S.; SIQUEIRA, T. C. A., Educação Popular em Saúde como Política do Sistema Único de Saúde. *Rev APS*, v. 14, n. 4, p. 397-407, 2014. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/download/15021/7957>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília-DF: CNS, 1986. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso*. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 702/18*, de 22 mar 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC. Brasília-DF, 2018. Disponível em <http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html>. Acesso em: 13 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria 849/17*, de 28 mar 2017. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília-DF, 2017. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html>. Acesso em: 13 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria CGM 853*, de 17 nov 2006. Regulamenta a inclusão das Práticas Integrativas e Complementares na Tabela de Serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES. Brasília-DF, 2006. Disponível em : http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2006/prt0853_17_11_2006.html>. Acesso em: 13 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 971*, de 3 maio 2006. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília-DF, 2006. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em: 1º abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*. Brasília-DF: MS, 2011. Disponível em: <<https://www.sau.gov.br/acoes-e-programas/programa-de-melhoria-do-acesso-e-da-qualidade-da-atencao-basica-pmaq>>. Acesso em: 22 maio 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório de Gestão 2006/2010: Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília-DF: MS, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório de uma sistematização dos dados nacionais de prática integrativas e complementares em saúde (PICS) para o 1º semestre de 2017*. Brasília-DF: MS, 20 nov 2018. Disponível em: <<https://redenacionalpics.wixsite.com/site/single-post/2018/11/20/Lan%C3%A7adas-informa%C3%A7%C3%B5es-atualizadas-sobre-as-PICS-nos-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório do I Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde PNPIC*. Brasília-DF: MS, 2009. Disponível em : https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_praticas_integrativas_complementares_sau.pdf>. Acesso em: 1º abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Promoção da Saúde. *Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários*. Brasília-DF: Secretaria de Promoção da Saúde, 1979. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>0Ahttp://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 1º abr. 2020.

_____. Secretaria-Geral da Presidência da República. *Marco de Referência da Educação Popular para as Políticas Públicas*. Brasília-DF, maio 2014. Disponível em: <http://confinteabrazilmais6.mec.gov.br/images/documentos/marco_de_referencia_da_educacao_popular.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

BRITSCHKA, M. Z. N. *Efeito anti-inflamatório da Lama Negra de Peruíbe em diferentes modelos experimentais de artrite*. 2006, 60 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 2006. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5145/tde-17042006-111503/publico/texto.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

CONTATORE, O. A. et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Cienc e Saude Coletiva*, v. 20, n. 10, p. 3263-73, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152010.00312015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015001003263&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 abr. 2020.

DE SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; BARROS, N. F., As Práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. *Rev Bras Saúde da Família*, v. 9, p. 70-6, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1414-3283201400020026100026&lng=en>. Acesso em: 23 abr. 2020.

FIGUEIREDO, C. A.; GURGEL, I. G. D.; GURGEL JR, G. D. A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos: construção, perspectivas e desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p 381-400, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000200004>>. Acesso em: 1º abr. 2020.

GEERTZ, C. *Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1989.

GOUVEA, P. F. M. *Avaliação clínica em pacientes portadores de Osteoartrite, tratados com a Lama Negra de Peruíbe: caracterização química, radiológica e estabelecimento de protocolos de boas práticas para a obtenção e uso deste pelóide*. 2018, 118 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Instituto de Pesquisas em Energia Nuclear IPEN/USP. São Paulo, 2018. Disponível em: <<https://teses.usp.br/teses/disponiveis/85/85131/tde-10052018-111413/pt-br.php>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: Contribuições para as políticas públicas. *Cienc e Saude Coletiva*, v. 19, n. 4, p. 1019-29, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014194.22302013. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n4/1019-1029/>>. Acesso em: 11 maio 2020.

LIMA, K. M. S. 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 (Botucatu)*, v. 18, n. 49, p. 261-72, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0133>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

LOSSO, L. N.; FREITAS, S. F. T. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde em Debate*, v. 41, n. ess., p. 171-87, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0171.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2020.

MACHADO, K. *Saúde e as bases de uma educação popular*. Brasília-DF: Fiocruz, 26 out. 2018. Disponível em: <<<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/saude-e-bases-de-uma-educacao-popular>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

MÜLLER, T. L. *Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde do Município de Porto Alegre, RS: desafios atuais*. 2016, 136 p. Dissertação (Mestrado em Saude Coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=001019685&loc=2017&l=38536b5269933cc0>>. Acesso em: 2 abr. 2020.

NAGAI, S. C.; QUEIROZ, M. *Introdução de métodos terapêuticos alternativos: a experiência desenvolvida na rede básica de Campinas*. Campinas-SP: Arte Escrita; FAPESP, 2005.

OLIVEIRA, M. W., Educação nas práticas e nas pesquisas em saúde: contribuições e tensões propiciadas pela educação popular. *Cad CEDES*, v. 29, n. 79, p. 297-306, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0101-32622009000300001>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v29n79/01.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

OLIVEIRA, J. S. de. *Práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde brasileiro*. 2019, 98p. Tese (Doutorado em Saude Pública) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/31637>>. Acesso em: 22 maio 2020.

PERUÍBE (SP). *Lei nº 3.587/2018, de 22 mar 2018*. Institui no âmbito do município da estância balneária de Peruíbe a política municipal de práticas integrativas e complementares em saúde - PMPICS. Peruíbe-SP: Câmara Municipal, 2018. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a1/sp/p/peruibe/lei-ordinaria/2018/359/3587/lei-ordinaria-n-3587-2018-institui-no-ambito-do-municipio-da-estancia-balnearia-de-peruibe-a-politica-municipal-de-praticas-integrativas-e-complementares-em-saude-mpmics-no-sistema-unico-de-saude-sus-e-da-outras-providencias>>. Acesso em: 1º abr 2020.

SANTOS, R. M. *Saúde, participação e controle social: lutas e ações estratégicas do MOPS/SE pela efetivação dos direitos à saúde em Aracaju SE*, 2009, 227p. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2009. Disponível em: <[https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/18018/1/Rosangela Marques dos Santos.pdf](https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/18018/1/Rosangela%20Marques%20dos%20Santos.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2020.

SANTOS, F. de A. S. *Análise da Política de Práticas Integrativas e Complementares no Recife*. 2010, 136 p. Dissertação (Mestrado em Saude Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2010. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp142303.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2020.

SANTOS, M. C.; TESSER, C. D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. *Cienc e Saude Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 3011-24, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a17.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2020.

SOUSA, I. M. C. et al. Práticas integrativas e complementares: Oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saude Publica*, v. 28, n. 11,, p. 2143-54, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2012001100014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 abr. 2020.

STOTZ, E. N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. *Trab Educ e Saúde*, v. 3, n. 1, p. 9-30, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462005000100002>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; UN, J. A. W., Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. *Rev APS*, v. 8, n. 1, p. 49-60, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/EducacaoPopular.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas *Cad Saude Publica*, v. 25, n. 8, p. 1732-42, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/09.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2020.

_____. Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária à saúde: possibilidades estratégicas de expansão. *J Manag Prim Heal Care*, v. 8, n. 2, p. 216-32, 2018. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i2.528>. Disponível em: <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/528>>. Acesso em: 25 maio 2020.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232008000100024>>. Acesso em: 7 nov. 2020.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção primária, atenção psicossocial, práticas integrativas e complementares e suas afinidades eletivas. *Saude e Soc.*, v. 21, n. 2, p. 336-50, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200008>>. Acesso em: 24 abr. 2020.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 1, p. 174-88, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0174.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2020.

TORRECILHA, J. K. *Extração sequencial aplicada à lama negra de Peruibe*, 2014, 141 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto de Pesquisas de Energia Nuclear, IPEN/USP. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/IPEN_857a4e63b19386f59bfe2f0bcfe1fdd6>. Acesso em: 13 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Traditional medicine Strategy 2002-2005*. Geneva: WHO, 2002. 61 p. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67163>>. Acesso em: 2 abr. 2020.

Nota

¹ C. Ignatti contribuiu com a concepção e o design do trabalho, a redação do trabalho e análise e interpretação dos dados. E. Nakamura contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e participação na aprovação final da versão a ser publicada.

Abstract

Monitoring the implementation of a Municipal Policy on Complementary and Integrative Practices: main challenges

This paper is an excerpt of an ethnographic study conducted within a doctoral program in a Complementary and Integrative Practices referral unit located in Peruíbe, SP, Brazil. It presents an analysis of the implementation of a Municipal Policy on Complementary and Integrative Practices (MPCIP), including participant observation of meetings held with workers and managers, field diaries, documents from the Brazilian Ministry of Health and the World Health Organization, legislation, and reports of those involved. The analysis was based on hermeneutic interpretation (GEERTZ,1989), and the main challenges faced during the process are presented. Even though the format of the MPCIP in Peruíbe meets national and international requirements, it only warranted legal-institutional aspects. Despite advancements in policy development, there remain political and operational challenges to its implementation and expansion, which shall be overcome to fully implement Complementary and Integrative Practices in the city's health service.

► **Keywords:** complementary and integrative practices; complementary therapies; ethnography; Unified Health System; health policy.

