

# Política de Práticas Integrativas em Saúde do DF-Brasil: Estudo de Avaliabilidade

## *Policy on Integrative Health Practices of Federal District in Brazil: Evaluability Study*

Maria Panisson Kaltbach Lemos<sup>1</sup>, Vera Lucia Luiza<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-1104202313708

**RESUMO** As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde incluem diversas formas de cuidado de saúde e estão presentes há mais de três décadas nos serviços de saúde no Distrito Federal, onde a avaliação de implantação da sua política não está completamente definida. Para auxiliar na compreensão da realidade, foi realizado Estudo de Avaliabilidade, de forma colaborativa, envolvendo discussão com *stakeholders*, questionários e consulta a documentos. Foram identificados, organizados e modelizados os componentes da política. Um Modelo-lógico simplificado e um dos modelos-lógico-operacionais, com conteúdo validado pelos participantes, são apresentados neste artigo. Para avaliação da política, foram priorizados aspectos iniciais da cadeia lógica de implementação modelizada. Identificou-se como fundamental o fomento ao conhecimento dos atores sobre o conjunto de recursos necessários para implementação de serviços de práticas integrativas e sobre as responsabilidades intersectoriais relacionadas. Sugerem-se avaliações formativas, qualitativas e colaborativas. A modelização realizada possibilita continuidade nos estudos desta política, lançando luz ao estudo de políticas semelhantes.

**PALAVRAS-CHAVE** Avaliação em saúde. Terapias complementares. Política de saúde. Saúde pública. Gestão em saúde.

**ABSTRACT** *Integrative and Complementary Practices in Health include different health care forms and have been present for more than decades in health services in the Federal District, where the implementation assessment of your policy is not completely defined. To assist in understanding reality, an Evaluability Study was carried out collaboratively, involving discussion with stakeholders, questionnaires and consultation of documents. The policy components were identified, organized and modeled. A simplified-logical-model and one of the operational-logical-models, validated by the participants, are presented in this article. For policy evaluation, the initial aspects of the modeled logical implementation chain were prioritized. It was identified as fundamental the promotion of the actors' knowledge about the set of resources to the implementation of the Integrative Practices services and about the related intersectoral responsibilities. Formative, qualitative and collaborative assessments are suggested. The modeling carried out in the studies of this policy, shed light on the study of similar ones.*

**KEYWORDS** *Health evaluation. Complementary therapies. Health policy. Public health. Health management.*

<sup>1</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) – Brasília (DF), Brasil.  
maria.kaltbach@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

## Introdução

As Medicinas Tradicionais e Complementares (MTC) são originárias de várias partes do mundo e tem seu uso recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>1</sup>. No Brasil são denominadas as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics), termo que se refere a sistemas médicos complexos e outros recursos terapêuticos que contribuem para a promoção global do cuidado humano, incluindo a ampliação da corresponsabilidade dos indivíduos pela saúde<sup>2</sup>. Desde 2001, o Distrito Federal (DF) denomina Práticas Integrativas em Saúde (PIS) o conjunto de tecnologias que abordam a saúde do ser humano na sua multidimensionalidade, promovendo seu protagonismo, corresponsabilidade, emancipação, liberdade e atitude ética, para promover, manter e recuperar sua saúde<sup>3</sup>.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) para o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi publicada em 2006, orientando a implementação destas práticas no País e compartilhando com a gestão estadual responsabilidades, porém sem definir ou padronizar sua avaliação<sup>2</sup>. Ocorre monitoramento nacional parcial pelos sistemas informatizados<sup>4</sup>, mas cabe aos municípios o monitoramento local de implantação e de resultados<sup>5</sup>.

Em 2015, foram registrados no sistema de informação brasileiro da Atenção Primária à Saúde 527.953 atendimentos individuais em Pics, em 1.362 municípios<sup>6</sup>. No entanto, o crescimento e a expansão de Pics no País não significa institucionalização e sustentabilidade da PNPIC, sem o que há fragilidade e instabilidade da oferta e dificuldade de monitoramento e a avaliação para contribuir com a segurança e a qualidade<sup>7</sup>.

O contexto multifatorial de desajustes na implantação das políticas de práticas integrativas e complementares em saúde<sup>7-12</sup>, somado à indefinição de mecanismos ideais de avaliação dessas práticas<sup>4,13-16</sup>, torna necessários estudos que permitam melhor compreender a sua lógica de funcionamento e buscar estratégias viáveis para sua avaliação.

O Estudo de Avaliabilidade (EA) tem potencial de auxiliar o planejamento, contribuindo para a viabilidade das ações propostas no âmbito da saúde pública, ajudando a desenvolver objetivos realistas e fornecer *feedback* rápido e de baixo custo sobre a implementação. Não pretende gerar evidência sobre efetividade, mas sim identificar a lógica do programa, além de desajustes na intervenção<sup>17</sup>.

O EA tem particular valor para gerentes que desejam promover a aprendizagem organizacional, podendo servir de instrumento para transferir um programa a uma nova liderança, e para quem planeja uma avaliação<sup>18</sup>. Ainda, ao gerar compreensão dos mecanismos pelos quais a intervenção alcança seus resultados, pode indicar ajustes necessários nos objetivos, atividades ou recursos, aumentando o seu potencial de atender as necessidades da sociedade<sup>17,19</sup>.

Com mais de três décadas de história desde o início da institucionalização dessas práticas na saúde pública em seu território, o DF pode ser considerado pioneiro no Brasil<sup>20</sup>. No último quadriênio de gestão, 80% das Gerências de Atenção Primária do DF ofertavam PIS<sup>21</sup>. A Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS) como objeto deste estudo possibilitou a tradução de uma realidade que traz contribuição para os estados da federação.

Por seu forte potencial para contribuir com a implementação de políticas de Pics, realizou-se o EA apresentado neste artigo, com objetivo de expressar a lógica de funcionamento da PDPIS e identificar aspectos de sua implementação para monitoramento e avaliação. Esta publicação segue o padrão de qualidade sugerido por Baratieri et al.<sup>22</sup>.

## Material e métodos

O EA da PDPIS<sup>23</sup> foi realizado por método misto de pesquisa, utilizando consulta documental, reuniões de pesquisa, planilha de estratégias da política e questionário, seguindo as etapas descritas no *quadro 1*. O *quadro 1* apresenta as estratégias de pesquisa e os

recursos utilizados em cada etapa da avaliabilidade, adaptadas de Wholey<sup>19</sup> e Leviton et al.<sup>17</sup>. Foram utilizados dados quali-quantitativos

para modelização, por meio de análise de frequência e técnicas de consenso.

Quadro 1. Estratégias de pesquisa utilizadas no presente estudo, por etapas adaptadas de Wholey<sup>19</sup> e Leviton et al.<sup>17</sup>. Distrito Federal, 2020

<b>Etapas</b>	<b>Aspecto abordado</b>	<b>Estratégias de pesquisa</b>	<b>Principais Recursos</b>
Envolvendo os interessados na avaliação	Quais os interessados favoráveis e desfavoráveis na avaliação cuja perspectiva deve ser considerada. Qual a atuação de cada em relação às PIS e como abordar.	Validação da Matriz de interessados. Validação do questionário.	1a Reunião com equipe Gerpis. Matriz de interessados. Proposta de questionário.
Esclarecendo a intenção da política e iniciando a modelização	Envolver os atores e determinar o escopo da política – objetivos e diretrizes. Relação lógica entre componentes da PDPIs.	Discussão com equipe técnica. Construção de Modelo-lógico. Coleta e análise de informações disponíveis.	1a Reunião com equipe Gerpis. Verificação de documentos. Questionários.
Explorando a realidade de execução da política	Como se dá a implantação de PICS no DF e a execução da política em estudo – ações.	Discussão com equipe técnica. Coleta e análise de informações disponíveis. Construção de Modelo-lógico.	1a Reunião com equipe Gerpis. Planilha de atividades. Verificação de documentos. Questionários.
Verificando plausibilidade, validando e ajustando o desenho	O conjunto de informações obtidas e organizadas de forma lógica deve ser plausível e estar de acordo com a realidade encontrada.	Análise, ajuste e validação dos modelos-lógicos da política elaborados.	2a e 3a Reunião com equipe Gerpis. Documentos disponíveis. Questionários.
Explorando possibilidades para avaliação e monitoramento	Interesse e viabilidade de monitoramento ou de avaliação.	Apresentação de síntese do material. Discussão com equipe técnica. Alinhamento entre documentos, opinião dos diferentes atores e modelos-lógicos da política.	2a e 3a Reunião com equipe Gerpis. Documentos disponíveis. Questionários. Modelos-lógicos.
Verificando prioridades e pontos de desenvolvimento da implantação da política	Que aspectos devem ser priorizados na avaliação/ monitoramento. Quais os demais interesses e necessidades no uso das informações obtidas.	Apresentação de síntese do material. Discussão com equipe técnica.	2a e 3a Reunião com equipe Gerpis. Documentos disponíveis. Questionários. Modelos-lógicos.

Fonte: elaboração própria.

A realização da avaliabilidade com os *stakeholders* da política foi um processo dinâmico, com as informações sendo agregadas, validadas e ajustadas ao longo de seu desenvolvimento<sup>17</sup>. As interações do EA permitiram ajustes no desenho lógico e nas intenções de avaliação, a partir do uso repetido dos recursos de pesquisa e da revisão das informações obtidas, em cada etapa<sup>17,19</sup>. O desenvolvimento do EA ocorreu entre 2020 e 2021.

Na primeira etapa da pesquisa – de envolver os interessados – foi verificado o contexto do estudo, consultando os documentos públicos disponíveis. O DF possui como único município Brasília, com em torno de três milhões de habitantes. A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) possui gestão central e regionalizada, não havendo secretarias municipais de saúde. Cada uma das sete Regiões de Saúde possui como autoridade

máxima um Superintendente e cabe à gestão regional atuar para execução da política de PIS, assim como das demais políticas de saúde. A rede possui uma unidade básica exclusiva de PIS e duas Farmácias Vivas.

A Gerência de Práticas Integrativas em Saúde (Gerpis), unidade da gestão central da SES-DF, foi responsável pela elaboração e atualização da PDPIS. Durante o estudo, era a unidade responsável pela promoção da sua implantação e implementação no SUS-DF, inclusive pelos processos educativos relacionados.

A PDPIS, publicada em 2014 após consulta pública, apreciação e aprovação pelo Colegiado Gestor da SES-DF e pelo Conselho de Saúde do DF, contemplava: Acupuntura; Arteterapia; Automassagem; Fitoterapia e Plantas medicinais; Hatha Yoga; Homeopatia; Lian Gong em 18 terapias; Medicina e Terapias Antroposóficas; Meditação; Musicoterapia; Reiki; Shantala; Tai Chi Chuan; e Terapia Comunitária Integrativa. Em 2019 foram também incluídas na rede de saúde do DF Laya Yoga, Técnica de Redução de Estresse®, Ayurveda<sup>3,24</sup>. Em 2022, Auriculoterapia<sup>25</sup>.

Cada PIS dispunha de um ou mais servidores atuando como Referência Técnica Distrital

(RTD), vinculados à Gerpis, que contribuíam com o desenvolvimento de processos de gestão da clínica, com a habilitação de facilitadores de PIS e com a educação permanente<sup>26,27</sup>. As unidades de saúde contavam com a figura do Facilitador de PIS, profissional habilitado que organiza, supervisiona, informa, executa e acompanha individualmente ou em grupo a execução das PIS<sup>28</sup>.

Em reunião, foram apresentados à equipe Gerpis o estudo e os conceitos utilizados. Realizou-se aplicação e validação do questionário da pesquisa, sorteio de três Regiões de Saúde participantes, obtenção das informações para seleção e contato com os demais envolvidos e definição dos grupos de participantes do estudo, de forma intencional, a partir dos principais envolvidos na implementação dessa política<sup>29</sup>.

Participaram do estudo profissionais assistenciais e gestores centrais e regionais da SES-DF, além de membros do Conselho de Saúde do DF. Os critérios de seleção incluíram atuação profissional com PIS e Gerências com maior número de PIS implantadas, priorizando representatividade das diferentes PIS e antiguidade na SES-DF (*quadro 2*).

Quadro 2. Número de participantes, critério de seleção e formas de participação no Estudo de Avaliabilidade. Distrito Federal, junho de 2021

Participantes	Nº previsto	Nº efetivo	Critério e estratégia de seleção	Forma de participação
Grupo técnico central: integrantes da Gerpis	10	13	Profissionais que atuam na GERPIS, lotados ou não.	Reuniões de discussão e consenso presenciais; fornecimento de informações e de documentos internos; e autorresposta em questionário eletrônico, durante reunião presencial.
Representantes de usuários do CSDF	03	03	Serão convidados em reunião do CSDF, com base na sua participação ativa durante a reunião.	Resposta assistida ao questionário, em reunião virtual.
Secretário Distrital de Saúde	01	00	Titular do cargo ou pessoa indicada por ele.	Não realizada.
SAIS, COAPS, DAEAP	03	03	Titular do cargo ou pessoa indicada por ele.	Autorresposta em questionário eletrônico, assistida presencialmente.
Superintendentes	03	01	O superintendente das 3 RA sorteadas.	Autorresposta em questionário eletrônico.
DIRAPS	03	02	O diretor das 3 RA sorteadas.	Autorresposta em questionário eletrônico.

Quadro 2. Número de participantes, critério de seleção e formas de participação no Estudo de Avaliabilidade. Distrito Federal, junho de 2021

Participantes	Nº previsto	Nº efetivo	Critério e estratégia de seleção	Forma de participação
Gerentes das GSAP	03	03	1 GSAP em cada das RA sorteada, selecionada a que tiver o maior número de PIS implantadas.	Autorresposta em questionário eletrônico.
Profissionais da APS habilitados em PIS	15	17	Um servidor habilitado em cada PIS dentre os lotados na GSAP participante, mesmo se estiver inativo na prática, com preferência para servidores mais antigos da SES.	Autorresposta em questionário eletrônico.
TOTAIS	41	42		

Fonte: elaboração própria.

Os representantes dos usuários no Conselho de Saúde do DF eram os únicos *stakeholders* externos à SES-DF. Não foram consultados *stakeholders* exclusivamente vinculados à atenção secundária ou terciária, por ter sido a atenção primária historicamente enfatizada na implantação de PIS<sup>1-3</sup>.

Para a segunda etapa da pesquisa – esclarecer a intenção da política e iniciar a modelização – o grupo da Gerpis disponibilizou documentos do setor. Em reunião, foram identificados e alinhados os objetivos e as diretrizes da PDPIS, na visão dos participantes. Os demais *stakeholders* envolvidos responderam o questionário da pesquisa.

Foram consultados relatórios oficiais de monitoramento do Plano Distrital de Saúde 2016-2019 e normativas, de acesso público. Também documentos internos da Gerpis, de 2020, contendo seus processos de trabalho<sup>30</sup> e registros de reuniões para elaboração de um novo texto para a PDPIS.

Atendendo à terceira etapa – explorando a realidade de execução da PDPIS –, além dos documentos e questionários, houve manifestação dos profissionais da Gerpis sobre cada uma das 72 estratégias da PDPIS. Foi elaborada planilha para esta finalidade, contendo: execução, viabilidade, resultados esperados, como medir resultados, pertinência na diretriz a que pertencem e em relação aos objetivos da política, clareza, a qual eixo operacional poderiam fazer parte, dentre

os eixos propostos, atividades desenvolvidas e comentários.

Na quarta etapa da pesquisa – verificando plausibilidade e ajustando o desenho –, à luz de Leviton<sup>17</sup>, Thurston e Ramaliu<sup>18</sup>, Wholey<sup>19</sup> e Rossi, Lipsey e Freeman<sup>31</sup> foram rearranjados os elementos e modificados alguns textos originais da política, para elaborar a primeira versão completa dos modelos lógicos da intervenção.

Este processo se deu com base no detalhado material obtido. Nenhuma informação foi descartada, de forma que as mais frequentes serviram de base para a modelização. A consulta a documentos e normativas permitiu confirmar e facilitou a organização das contribuições do conjunto de envolvidos.

As respostas obtidas nas etapas anteriores foram organizadas em planilha Excel para análise de frequência. A única pergunta aberta do questionário ratificou informações obtidas. Os eixos operacionais propostos foram utilizados para classificação e alinhamento das estratégias, pois algumas geravam dúvida na leitura ou eram muito complexas.

Algumas estratégias da política integraram as diretrizes do modelo, outras permaneceram como estratégias e a maior parte foi deslocada como ação em cada estratégia. Cinco ações realizadas e que não constavam no texto da PDPIS foram incluídas, e doze estratégias foram descartadas por consenso sobre sua não execução.

O Modelo-lógico simplificado (MlogS) explicitou a relação entre os elementos fundamentais da PDPIS, enquanto os Modelos-lógicos operacionais (MlogAt), um para cada estratégia da política, explicitaram a execução de atividades relacionadas a sua implementação identificadas durante o estudo (*figuras 1 e 2*).

A segunda e a terceira reunião como grupo Gerpis permitiram aprofundar a discussão sobre os modelos em construção, que foram analisados e validados pelo grupo, após apresentação dos resultados dos questionários. Houve sugestão consensual de ajustes para melhor descrição da realidade de execução da política.

A modelização foi aprimorada para aumentar a ênfase de três aspectos da implementação da política considerados pelo grupo Gerpis mais relevantes do que representado no desenho proposto: atividades educativas, participação da comunidade e compartilhamento de informações sobre PIS.

A quinta e sexta etapas do estudo – explorando possibilidades – foram iniciadas nas últimas reuniões. Discutiu-se sobre prioridades e viabilidades de monitoramento e de avaliação da PDPIS, a partir das respostas mais frequentes no questionário da pesquisa e dos modelos-lógicos validados pelo grupo da Gerpis, bem como sobre os desafios para implementação e monitoramento. Todo o material elaborado foi disponibilizado para que os participantes deste grupo pudessem registrar outras respostas ou ideias, encerrando-se as etapas da pesquisa.

Sob registro CAAE 35488720.3.0000.5240, o projeto desta pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, do Distrito Federal.

## Resultados

Do total de participantes do estudo, 38 responderam questionário, sendo 25 (65,8%) do sexo feminino. O nível de escolaridade completo da maioria era especialização

(52,6%), seguido do ensino superior (26,3%), do mestrado (13,2%) e do ensino médio (7,9%). Restringindo a análise apenas aos que participaram no grupo de facilitadores de PIS, eram 52,9% com pós-graduação e 11,8% sem ensino superior.

O tempo de vínculo superior a 10 anos de 77,1% dos 35 participantes da SES e sua formação profissional diversificada auxiliam na compreensão da realidade institucional. Os três representantes dos usuários no Conselho de Saúde eram participantes externos à SES.

A Gerpis estava composta por técnicos administrativos, gerente, RTD titulares e colaboradores das modalidades de PIS, uma servidora de nível superior responsável pelo monitoramento e uma residente de pós-graduação multiprofissional. A autora principal deste estudo compunha a equipe como RTD.

Durante a consulta aos *stakeholders*, verificou-se falta de clareza em algumas diretrizes e estratégias do texto da política, com repetição de ideias. O documento remetia ao contexto da época de sua elaboração, necessitando de atualizações, e apresentava uma estrutura com baixa conexão entre seus componentes, com estratégias não hierarquizadas, priorizadas, ou claramente relacionadas aos objetivos ou resultados.

Foram esboçadas 3 diretrizes na primeira modelização com o grupo da Gerpis. Posteriormente, foi acrescentada uma sobre educação profissional em PIS. A versão final do MlogS proposto da PDPIS (*figura 1*) apresenta quatro diretrizes, que definem as linhas seguidas na operacionalização, cada uma com um objetivo e duas estratégias para construção dos planos de ação. Esta é a primeira modelização conhecida da PDPIS elaborada em 2014. Na dinâmica de funcionamento do modelo, os produtos das estratégias são também recursos de alimentação e retroalimentação do modelo e os resultados desejados podem existir se houver alcance conjunto de objetivos.

Figura 1. Modelo-lógico simplificado da PDPIS 2014, do Estudo de Avaliabilidade da política. Distrito Federal, 2021

Propósito da PDPIS (objetivo maior): promover, com uso da PIS, uma cultura de saúde, com autonomia e empoderamento das pessoas e das comunidades para o autocuidado, no SUS-DF, aumentando a satisfação de profissionais de saúde e de usuários, a racionalização de ações em saúde e a resolubilidade do sistema.



Fonte: elaboração própria.

O texto da PDPIS previu genericamente a garantia de orçamento como estratégia para sua institucionalização. O custeio vinha sendo realizado por diversas fontes, porém inespecíficas e com pouca definição, motivo pelo qual o MlogS não o explicita na primeira diretriz, traduzindo-o como recurso ausente na lógica de funcionamento da política, apesar da tendência de mudança deste cenário, que exigirá adequação do modelo-lógico.

A palavra estratégia passou a representar os principais conjuntos de ações voltadas

para determinados resultados, implicando a redução das 72 do texto para apenas 08 estratégias no modelo. Enquanto a política segue seu propósito como objetivo maior, as estratégias seguem os objetivos específicos em cada diretriz. O desenho do funcionamento atual de cada estratégia, com as ações desenvolvidas, mesmo se de forma parcial, irregular ou em fase inicial, e seus efeitos esperados foi representado em oito MlogAt, exemplificados na *figura 2*.

Figura 2. Modelo-lógico operacional da estratégia 4 da PDPIS 2014, do Estudo de Avaliabilidade da política. Distrito Federal, 2021

<b>OBJETIVO: Educar profissionais para implantação e uso qualificado de PIS no SUS do DF.</b>			
<b>ESTRATÉGIA 4: Habilitação dos profissionais para aplicação dos conhecimentos científico contemporâneo e tradicional de PIS.</b>			
<b>Recursos</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoas com conhecimentos técnicos, tradicionais, de educação e de gestão de PIS, responsáveis pelas atividades</li> <li>• Recursos materiais, tecnológicos e humanos</li> <li>• Estabelecimento de critérios para habilitação em PIS</li> <li>• Apoio e interesse político e de gestão</li> </ul>			
<b>Atividades</b>	<b>Produto</b>	<b>Resultados para cada ação</b>	<b>Mensuração dos resultados</b>
Oferta regular de cursos de habilitação para os servidores de saúde da rede SES-DF.	Disponibilidade de cursos de habilitação para a atuação institucional com PIS na SES-DF.	Profissionais de saúde habilitados para a atuação institucional com PIS. Realização de atendimento com PIS por profissionais de saúde habilitados de maneira uniforme pela instituição, de acordo com seus critérios e suas necessidades.	Número de servidores habilitados nos parâmetros da instituição ativos e inativos. Demandas reprimidas para cursos.
Realização de educação permanente (EP) para os trabalhadores que atuam com PIS, com base em diagnóstico de necessidades da rede.	Oferta de uma educação permanente aos servidores da rede para atuação com PIS na realidade institucional.	Profissionais com conhecimentos atualizados e apropriados para atuação com PIS na realidade institucional. Aumento da capacidade resolutiva dos profissionais nos serviços de PIS. Compartilhamento de experiências e ampliação da autogestão em serviço. Atualização constante de conhecimentos e técnicas pelos instrutores/facilitadores. Maior facilidade na implantação e manutenção dos serviços de PIS.	Resolutividade dos facilitadores para implementação e manutenção da oferta de PIS. Habilidade e segurança técnica dos facilitadores na condução dos serviços de PIS. Atualização dos servidores em relação às normas institucionais e às orientações técnicas para oferta de PIS na rede.
Realizar parcerias técnico-científicas para efetivação de capacitação e de educação permanente.	Projetos de educação em PIS executados com setores ou instituições parceiros.	Ampliação das estratégias de educação e de trabalho com PIS. Aumento na qualidade da educação permanente. Ampliação do número de beneficiados com os conhecimentos técnicos. Aprimoramento dos serviços de PIS da rede SES-DF com adesão a tendências externas de sucesso em contextos semelhantes.	Número de participantes nas EP. Satisfação dos profissionais com as EP. Ampliação da oferta de PIS (número de atendimentos, unidades que oferecem e tipos de práticas oferecidas). Melhoria no acesso às PIS. Aprimoramento dos processos de trabalho com PIS implementados.



Figura 2. Modelo-lógico operacional da estratégia 4 da PDPIS 2014, do Estudo de Avaliabilidade da política. Distrito Federal, 2021

Apoiar a participação dos trabalhadores que atuam na área das PIS em eventos de caráter técnico-científico.	Participação dos profissionais que atuam com PIS em eventos científicos, com apoio central.	Divulgação de trabalhos científicos internos nos eventos externos. Atuação com PIS pautada em conhecimentos científicos. Valorização das pesquisas locais com PIS. Incentivo à produção científica no DF. Atualização de conhecimentos científicos para rede interna da SES-DF.	Nº eventos técnicos ou científicos com participação de PIS.
Realização estratégica de cursos de PIS para profissionais de outros órgãos ou instituições públicas ou filantrópicas.	Disponibilidade de cursos de PIS para o serviço público e filantrópico fora da SES-DF.	Profissionais do setor público ou filantrópico habilitados para atuação com PIS. Utilização qualificada de PIS em setores públicos ou filantrópicos fora da SES-DF.	Nº de eventos, de participantes e de ações ou serviços de PIS executados em serviços públicos ou filantrópicos fora da SES-DF.

Fonte: elaboração própria.

O texto da política mencionava apenas a Gerpis para gestão, atenção, ensino e pesquisa em PIS, sem explicitar as responsabilidades de outros envolvidos, o que fragiliza ações intersetoriais dentro e fora da SES-DF. Todavia, crescentes movimentos de descentralização de gestão voltada para as PIS, como normatização, atuação de apoiadores nos três níveis de atenção e expansão de unidade básica exclusiva para PIS, fortalecem sua implementação e seu monitoramento.

Ficaram também explícitas as parcerias para a gestão ou implementação da PDPIS, quando 76% dos respondentes nos distintos grupos apontaram a existência de, em média, 3,5 parcerias cada, em seu âmbito de atuação, principalmente com escolas ou universidades, grupos comunitários e outras unidades de saúde.

Quanto aos serviços de PIS, estes seguem as mesmas normativas institucionais utilizadas na gestão de outras políticas de saúde implementadas no DF. Porém, não pareceu claro para os participantes deste estudo como as PIS estavam organizadas em sua descentralização de gestão e de responsabilidades, a fim de garantir o comprometimento intersetorial e os diferentes recursos necessários para implementação da PDPIS.

Sobre o monitoramento, os Planos Distritais de Saúde (PDS) contemplavam indicadores de oferta de PIS e o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2019 indicava 100% de alcance do objetivo referente ao fortalecimento das ações do PDPIS no último quadriênio<sup>21</sup>. Porém, na opinião da equipe da Gerpis, tais indicadores estavam limitados a números absolutos que não traduzem ou exploram aspectos suficientes da realidade e a inadequação dos códigos de PIS nos sistemas de informação do SUS acarreta subnotificação dos serviços<sup>32</sup>.

Apesar das limitações, a equipe destacou que os indicadores cumpriam papel fundamental para mapear serviços da Rede SES-DF e permitir o planejamento de novos serviços. Ao integrarem os PDS, contribuíam para discussões sobre prioridades na gestão em saúde e para expansão de informações de PIS, desde a alta gestão até a comunidade.

Seu acompanhamento tem favorecido o registro de outros dados importantes para monitoramento, sobre os facilitadores, quantitativo de atendimentos, ações intersetoriais e educativas, entre outros, existindo assim um monitoramento qualitativo parcial. O monitoramento atual guarda coerência com as diretrizes do MlogS proposto, apesar de não acompanhar de forma suficiente os efeitos

esperados em cada uma delas, conforme explicitado pelo grupo da Gerpis.

Na apreciação da avaliabilidade, a plausibilidade do programa é central para determinar seu potencial para ser avaliado, uma vez que aponta se é factível atingir os objetivos propostos com as atividades previstas na cadeia causal contínua do modelo lógico<sup>17,33,34</sup>.

Os *stakeholders* concordaram, em sua maioria, sobre os principais elementos da política, o que permitiu a modelização, encadeando-os de forma lógica. Com os quatro primeiros objetivos do texto original da PDPIS 95% ou mais dos participantes concordaram total ou parcialmente; com o quinto, 87%. Nenhum participante discordou totalmente. Todos se declararam interessados na implementação da PDPIS.

Outro dado relevante do estudo foi que 73,7% dos participantes eram naquele momento ou já tinham sido usuários de alguma das PIS disponíveis pelo SUS no DF. Este resultado corrobora os dados do monitoramento, demonstrando execução e acesso às PIS na rede de serviços. O interesse em implementar outras PIS no seu âmbito de atuação foi registrado por 73,6%, em percentual semelhante para os diferentes grupos consultados, podendo a ausência de interesse estar ligada, na opinião do grupo da Gerpis, às atuais limitações de gestão da implementação, como operacionalização dos serviços, monitoramento e acompanhamento técnico.

Quase 80% dos participantes afirmaram que a comunidade ajuda na implementação, porém 50% concordaram total ou parcialmente que há profissionais no seu âmbito ou local de trabalho que a dificultam voluntariamente.

Vários participantes atuavam nos mesmos locais, por isso esse aspecto necessita ser mais explorado para ser melhor compreendido.

A falta de apoio dos gestores foi enfatizada pelos participantes nos questionários e nas reuniões, com implicações para a disponibilidade de recursos e o funcionamento dos serviços. Parte dos participantes referiu nunca ter sido usuário ou praticante de PIS, o que pode ser associado à falta de conhecimento, que é também um recurso necessário à implementação da política e pode ser fator dificultador da sua implementação, aumentando a relevância da política.

A implantação da PDPIS exige a viabilização de conhecimento para a rede, o que, apesar de não estar tão explícito no texto original, de não ser uniforme entre as modalidades de PIS e de não alcançar todas as unidades, fez parte das ações desenvolvidas ao longo dos anos, favorecendo a manutenção da atuação com PIS na rede, o que ficou confirmado por todos os mecanismos de coleta de dados.

Das cinco atividades incrementadas aos modelos-lógicos em relação ao texto da PDPIS, todas se referem à disseminação de informações e conhecimentos sobre PIS. O modelo passa a ser plausível na medida em que são incluídas essas ações.

As opções de resposta fornecidas para priorização de avaliação pelos participantes foram agrupadas em três conjuntos: aspectos precursores da implantação de serviços de PIS; aspectos relacionados ao funcionamento desses serviços; e aspectos relativos aos efeitos esperados com a implantação da PDPIS (*tabela 1*).

Tabela 1. Aspectos indicados pelos 38 *stakeholders* como prioritários para avaliação em relação à implantação da PDPIS. DF, 2020

Aspectos para avaliação	GRUPO DE STAKEHOLDERS					TOTAL (38)
	Facilitadores (17)	Gestores de PIS (9)	Gestores centrais saúde (3)	Gestores regionais de saúde (6)	Conselho saúde (3)	
<b>Precursos da implantação de serviços de PIS:</b> disponibilidade de recursos necessários para execução (18 marcações); formação profissional para PIS ou regulamentação profissional para PIS (13); planejamento, concepção, fundamentação da política (7); conhecimento científico relacionado às PIS (6); orçamento ou financiamento da política e normatização relacionada às PIS (4 cada); saberes populares relacionados (2); entendimento da alta gestão sobre o que é e qual a importância (1, em 'outros')	27	7	5	11	5	55
<b>Funcionamento dos serviços de PIS:</b> operacionalização e aprimoramento dos serviços de cada PIS (12 marcações); necessidades/demandas do público alvo (10); contexto favorável ou não e obstáculos à implementação (5); factibilidade dos diferentes serviços de PIS (4); diferenças entre locais de implantação, pontos fortes e fracos (3); quanto cada serviço é procurado ou atinge o público alvo, possibilidades ou efetividade de tentativas de melhoria/aprimoramento e se houve implementação prevista (2 cada); apoio das Chefias locais (1, em 'outros').	15	12	4	6	4	41
<b>Efeitos da implantação da PDPIS:</b> oferta e experiências já realizadas (6 marcações); alcance de efeitos esperados ou inesperados da política, a curto, médio ou longo prazo (4); efeitos da implantação de cada PIS (3); custo-benefício das práticas (3); e elementos necessários para eficácia da Política ou de cada PIS (3)	8	8	2	1	0	19
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>27</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>115</b>

Fonte: elaboração própria.

O primeiro conjunto predominou no total geral de respostas, com ênfase para disponibilidade de recursos e para a formação ou regulamentação profissional para PIS. Entretanto, esta não teve uniformidade de resposta entre os grupos consultados, sem priorização dos grupos de gestores centrais.

Apenas para o grupo da Gerpis o segundo conjunto de aspectos predominou nas respostas, mas a operacionalização e o aprimoramento dos serviços de PIS foram a terceira opção mais priorizada para avaliação pelos participantes em geral, com registro por todos os grupos.

Aparentemente, a gestão central de PIS se percebe apropriada de temas precursores da

implantação de serviços que o restante dos *stakeholders* envolvidos neste estudo não está. Isso reforça a necessidade de educação sobre o uso das PIS como tecnologias de cuidado. Ao mesmo tempo, o monitoramento parece não ser suficiente para fornecer à gestão central informações suficientes sobre o funcionamento dos serviços da rede, para aprimoramento da gestão.

O conhecimento e a percepção do funcionamento dos serviços de PIS, do mecanismo de ação e da fundamentação dessas práticas, parece ser um nó crítico na implementação da PDPIS. Sem compreender e atuar sobre esse nó, torna-se difícil a implementação e execução dos serviços, sem o que não se atinge o seu propósito.

Vale ressaltar que o desenvolvimento do estudo permitiu ampliar a visão de gestores e demais envolvidos com as PIS sobre a política e sua implementação<sup>20</sup>, bem como seus resultados fomentam a comunicação e o conhecimento para todos que os acessarem.

As perguntas avaliativas, última etapa do EA realizado, devem traduzir o desejo e a necessidade de compreensão dos atores, além de serem capazes de mostrar direções que agreguem valor ao objeto avaliado, reconhecendo seus resultados ou iluminando as suas limitações<sup>35</sup>. Foram identificadas duas perguntas centrais:

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

## Discussão

A responsabilidade centralizada na Gerpis e a pouca definição de recursos financeiros são aspectos identificados para melhoria da implementação da PDPIS, que podem ser favorecidos com este estudo. Entretanto, a implantação tem se mantido e expandido ao longo do tempo, contando com uma rede de atores internos e externos à SES-DF, incluindo nestes os usuários e aqueles que atuam de forma técnica e educacional.

A estrutura do texto da PDPIS contemplava quase todos os elementos descritos pelo Ministério da Saúde<sup>36</sup> como necessários para cumprimento de sua finalidade. Este estudo possibilitou o reconhecimento e modelização dos seus elementos constituintes, avançando em relação à organização lógica necessária para monitoramento e avaliação.

As diretrizes da PDPIS identificadas neste estudo coincidem aproximadamente com os componentes descritos para a Política Municipal de Práticas Integrativas de Recife<sup>37</sup>. Elas “Expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias”<sup>38(104)</sup>. Indicam linhas de ação a serem seguidas ou caminhos de atuação para a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades que darão operacionalidade à política, servindo de fundamento à atuação dos gestores<sup>36</sup>.

A diretriz sobre garantia de acesso a medicamentos homeopáticos, antroposóficos, plantas medicinais e fitoterápicos, do texto original, apesar do crescimento e da valorização das duas unidades de Farmácia Viva implantadas, não apresentava factibilidade, devido a indisponibilidade de recursos, tecnologias e estrutura, realidade mencionada por Mendes et al.<sup>39</sup>.

Para explorar aspectos de avaliação, monitoramento ou aprimoramento da política, é preciso considerar a sua proposta inovadora no contexto nacional atual dos serviços de saúde e suas limitações de implementação, com nítidas fragilidades no monitoramento. Ainda assim, a oferta e o monitoramento dessas práticas no DF se destacam, considerando que os dados disponíveis no Brasil sobre PICS são escassos e mesmo a oferta ainda é tímida, apesar dos reflexos positivos para usuários e serviços que as utilizam<sup>15</sup>.

O desenho lógico construído e ora apresentado pode embasar outros instrumentos de planejamento, integrantes ou derivados do texto da política, favorecendo a existência de parâmetros, critérios e indicadores para planejamento, monitoramento e avaliação de sua execução, além da especificação de metas quantitativas e qualitativas, que podem ou não ser incluídas nos planos oficiais de governo.

Por ser uma política um instrumento geral de planejamento, dispensando quantificação de objetivos, metas e recursos<sup>36</sup>, o uso de instrumentos de gestão mais direcionados e detalhados que a política em si permitiria fácil readequação e fiel representação da realidade de implantação ao longo dos anos, sem

a necessidade de ajuste no cerne da política, seu propósito e suas diretrizes.

O conjunto das informações modelizadas permite um primeiro olhar para a realidade de implantação, mas necessita de atualizações periódicas para representação da realidade. Da mesma forma, a modelização de ações educacionais com gestores e profissionais pode ser capaz de auxiliar na tomada de decisão para futuros ajustes, com potencial de qualificar a resposta do sistema de saúde<sup>40</sup>.

A intervenção modelizada é abrangente e complexa, provocando questionamentos e reflexões que exigem flexibilidade e ajustes às particularidades de cada contexto envolvido<sup>41,42</sup>. Nesse sentido, os modelos gerados puderam representar de maneira lógica os principais componentes para operacionalização da política em estudo, mas não puderam trazer muitos avanços em aspectos relacionais que interferem na sua implementação.

Os aspectos humanos precisam ser explorados, pois as relações interprofissionais em si podem afetar e serem afetadas positivamente pela implementação de Pics em unidades de saúde, por um complexo de razões, incluindo a hierarquização de poderes na formação tradicional dos profissionais em contraponto à maior horizontalidade na disseminação e no uso de conhecimentos de Pics<sup>11</sup>.

Apesar das políticas específicas de Pics no País, a implementação frequentemente ocorre de maneira independente pelos próprios profissionais interessados<sup>10,43</sup>, faltando recursos para sua realização. Por isso, estudar gestão das Pics pode ser uma tendência para apoiar o crescimento e a qualidade da oferta<sup>43</sup>, uma vez que a prática implantada, financiada e desenvolvida diretamente pelos profissionais, sem apoio da gestão, não caracterizaria uma política de Estado, gerando instabilidade na oferta<sup>7</sup>.

Mesmo com bom nível de escolaridade – 65,8% dos participantes informando especialização ou mestrado – a formação específica para Pics é uma das limitações ao processo de expansão. Há pouca regulamentação nacional, a inserção do tema no ensino é incipiente e

experiências em educação permanente em Pics são localizadas<sup>9,10</sup>. O acesso a insumos também é fundamental para a qualidade dos serviços e a resolubilidade da atenção em saúde<sup>12,14</sup>.

Sabe-se que há um despreparo político e técnico de profissionais da saúde para atuar com Pics no SUS, sendo necessários, para sua consolidação na rede, processos educativos que formem profissionais em sintonia com as diretrizes do SUS e com os princípios da saúde coletiva<sup>15,44</sup>. A formação dos profissionais para as Pics no SUS deve receber especial atenção, para que haja responsabilidade e compreensão de suas potencialidades e limites, evitando banalização ou o mau uso<sup>43</sup>.

Isso não se restringe às PIS. Foram identificadas em outros estudos sobre promoção à saúde a necessidade de fortalecimento da educação formal e de ampliação das ações intersectoriais articuladas<sup>45</sup>, além do desejo de ampliação de recursos materiais e imateriais, para consolidação de processos<sup>46</sup>.

Assim, com o propósito de responder aos questionamentos e lacunas de conhecimento sobre a intervenção, seu funcionamento e resultados, ressalta-se a importância das avaliações formativas, em busca de aperfeiçoar o programa no curso de sua execução e com o envolvimento dos atores<sup>42,47,48</sup>.

Sugere-se foco no conjunto de recursos necessários para operacionalização dos serviços de PIS na rede de saúde, de forma que os gestores e demais atores apropriem-se também de recursos intelectuais sobre as PIS, obtendo conhecimento sobre o funcionamento desses serviços na rede, para complementarem seu arcabouço de gestão do cuidado à saúde.

## Considerações finais

A realização do estudo permitiu esclarecer e alinhar os elementos da PDPIS de forma coerente, no contexto atual, contando com o consenso dos interessados envolvidos. Isso possibilita a exploração de aspectos a serem avaliados, monitorados ou aprimorados.

A participação de interessados na construção e validação da modelagem realizada facilita o entendimento e a execução de aspectos elementares da cadeia lógica de implementação da política em toda a rede, o que pode repercutir na melhoria da sua operacionalização a curto, médio e longo prazo.

Além disso, os modelos lógicos gerados podem ser ajustados sempre que houver mudanças no cenário e utilizados para o planejamento, a execução, o acompanhamento e o aprimoramento da implantação da PDPIS, em rede, para alcance de seu propósito.

A modelização da política distrital torna viável o avanço para estudos de cada PIS e de sua operacionalização nas Regiões de Saúde do DF. Outros níveis de atenção à saúde e o contexto externo à SES – limitações deste estudo – também poderão ser mais facilmente explorados.

Sugere-se fomentar o conjunto de recursos necessários para implementação da PDPIS junto aos serviços de saúde convencionais, com ênfase ao conhecimento sobre PIS e às responsabilidades setoriais e intersetoriais relacionadas.

A elaboração de planos de ação derivados da política pode ser uma boa oportunidade para a pactuação dessas responsabilidades, favorecendo ações descentralizadas para atendimento das necessidades locais. Espera-se que este artigo possa contribuir com o desenvolvimento das PIS no País.

## Agradecimentos

À Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que viabilizaram a pesquisa fonte deste artigo, decorrente do Mestrado Profissional em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz.

À equipe da Gerência de Práticas Integrativas em Saúde do Distrito Federal e aos demais participantes, que colaboraram com o estudo e permitiram um olhar para a realidade de implantação da PDPIS.

À Vice-Direção de Ensino e Inovação da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, que contribuiu com a publicação do artigo.

## Colaboradoras

Lemos MPK (0000-0002-4717-3633)\* contribuiu para a concepção do estudo, coleta e análise de dados, estruturação, redação e aprovação da versão final do artigo. Luiza VL (0000-0001-6245-7522)\* contribuiu para análise dos dados, redação e aprovação da versão final do artigo. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- World Health Organization. WHO traditional medicine strategy. 2014-2023. Geneva: WHO; 2013. 76 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC - SUS. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92 p.
- Distrito Federal. Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde: PDPIS. Brasília, DF: Fepecs; 2014. [acesso em 2022 nov 6]. Disponível em: [https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/pdpic\\_distrito\\_federal.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/pdpic_distrito_federal.pdf).
- Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. *Saúde debate*. 2017; 41(esp3):171-87.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2019 dez 3]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_implantacao\\_servicos\\_pics.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf).
- Benevides IA. Medicina e terapias antroposóficas em 12 anos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: Conceitos, normativas e resultados. *Art. Méd. Ampl*. 2018; 38(1):30-4.
- Barbosa FES, Guimarães MBL, Santos CR, et al. Oferta de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(1):e00208818.
- Contatore OA, Barros NF, Durval MR, et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(10):3263-73.
- Paiva LF. Práticas Integrativas e Complementares Exercidas pelos Profissionais de Saúde no Sistema Único de Saúde: Revisão Sistemática sem Metanálise. [dissertação]. Florianópolis: UFSC; 2016. 177 p.
- Tesser CD, Sousa IMC, Nascimento MC. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):174-88.
- Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):163-73.
- Ribeiro AA. Dilemas na construção e efetivação da política nacional e distrital de práticas integrativas e complementares em saúde. [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2015. [acesso em 2019 out 24]. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/18141>.
- Sousa IMC, Hortale VA, Bodstein RCA. Medicina Tradicional Complementar e Integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(10):3403-12.
- Sousa IMC, Aquino CMF, Bezerra AFB. Custo-efetividade em práticas integrativas e complementares: diferentes paradigmas. *J Manag Prim Health Care*. 2018; 8(2):343-50.
- Ruela LO, Moura CC, Gradim CVC, et al. Implementação, acesso e uso das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde: revisão da literatura. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; (24):4239-50.
- Habimorad PHL, Catarucci FM, Bruno VHT, et al. Potencialidades e fragilidades de implantação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(2):395-405.
- Leviton LC, Khan LK, Rog D. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. *Annu Rev Public Health*. 2010; 31(1):213-33.
- Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability Assessment of Survivors of Torture Program: Lessons Learned. *Can J PROGRAM Eval*. 2005; 20(2):1-25.

19. Wholey JS. Exploratory Evaluation. Em: Handbook of Practical Program Evaluation. 3.ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2010. [acesso em 2021 ago 24]. Disponível em: <http://www.orange.ngo/wp-content/uploads/2016/09/Handbook-of-Practical-Program-Evaluation.pdf>.
20. Lemos MPK, Luiza VL. Contribuições do estudo de avaliabilidade para a gestão de práticas integrativas. In: Gouveia GDA, organizadoras. Práticas Integrativas em Saúde: uma realidade na atenção primária, especializada e hospitalar. São Paulo: Paco e Littera; 2022. p. 119-39. (Série: Saúde em Dia. v. 4).
21. Distrito Federal (Brasil). Relatório Anual de Gestão 2019. Brasília, DF: Secretaria de Estado de Saúde; 2020. [acesso em 2021 ago 9]. Disponível em: [https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/RAG2019\\_FINAL.pdf](https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/RAG2019_FINAL.pdf).
22. Baratieri T, Nicolotti CA, Natal S, et al. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. Saúde debate. 2019; 43(120):240-55.
23. Lemos MPK. Avaliabilidade da política de práticas integrativas em saúde do Distrito Federal na perspectiva da implementação na atenção primária. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2021.
24. Brasil. Ministério da Mulher, da Família, e dos Direitos Humanos. Portaria nº 371, de 03 de junho de 2019. Inclui Ayurveda, Laya Yoga e Técnica de Redução de Estresse (TRE® - Tension and Trauma Releasing Exercises) à Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde. Diário Oficial da União. 4 Jul 2019.
25. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 351, de 06 de maio de 2022. Inclui a Auriculoterapia na Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde. Diário Oficial do Distrito Federal. 6 Maio 2022.
26. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 1032, de 17 de setembro de 2018. Institui a Referência Técnica Distrital no âmbito da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. Diário Oficial do Distrito Federal. 17 Set 2018.
27. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde de Regimento. Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018. Aprova o regimento interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. 19 Dez 2018.
28. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de São Paulo. Portaria nº 175, de 3 de setembro de 2009. Institucionaliza as Práticas Integrativas de Saúde (PIS). Diário Oficial do Distrito Federal. 3 Set 2009.
29. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. MMWR. 1999 [acesso em 2020 fev 22]; 48(RR-11):1-35. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR4811.pdf>.
30. Lemos MPK, Marques PFP. Sistematização dos processos de trabalho na gestão pública de práticas integrativas em saúde: relato de caso. Res Soc Dev. 2023; 12(1):e13312139692.
31. Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. Evaluation: systematic approach. 7.ed. Thousand Oaks: Sage; 2004. 470 p.
32. Losso LN, Freitas SFT. Avaliação do grau da implantação das práticas integrativas e complementares na Atenção Básica em Santa Catarina, Brasil. Saúde debate. 2017; 41(esp3):171-87.
33. Davies R. Planning Evaluability Assessment- synthesis of the literature with recommendations. 2013. [acesso em 2020 fev 22]. Disponível em: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/248656/wp40-planning-eval-assessments.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/248656/wp40-planning-eval-assessments.pdf).
34. Medina MG, Silva GAP, Aquino R. Uso de modelos teóricos na avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-63.



35. Silva RR, Gasparini M, Alquezar E, et al. Avaliação para Negócios de Impacto Social - Guia prático. São Paulo: Artemisia; 2017. [acesso em 2021 ago 8]. Disponível em: [https://move.social/wp-content/uploads/2017/11/2017\\_Guia-Pr%C3%A1tico\\_Avalia%C3%A7%C3%A3o-para-Neg%C3%B3cios-de-Impacto-Social\\_Artemisia\\_ABF\\_Move.pdf](https://move.social/wp-content/uploads/2017/11/2017_Guia-Pr%C3%A1tico_Avalia%C3%A7%C3%A3o-para-Neg%C3%B3cios-de-Impacto-Social_Artemisia_ABF_Move.pdf).
36. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: formulação de políticas específicas de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. (Série: Textos Básicos de Saúde-Cadernos de Planejamento. v. 7). [acesso em 2021 set 28]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_planejamento\\_sus\\_v7.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v7.pdf).
37. Cazarin G, Lima SFF, Benevides IA. Avaliabilidade da Política de Práticas Integrativas e Complementares do município de Recife-PE. *J Manag Prim Health Care*. 2017; 8(2):203-15.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. 138 p. (Série: Articulação Interfederativa. v. 4).
39. Mendes LV, Campos MR, Chaves GC, et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: abordagem transversal. *Saúde debate*. 2014 [acesso em 2014 dez 30]; 38(esp):109-123. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S009>.
40. Guerra S, Albuquerque AC, Marques P, et al. Construção participativa da modelização das ações educacionais da estratégia de Planificação da Atenção à Saúde: subsídios para avaliação da efetividade. *Cad. Saúde Pública*. 2022; 38(3):e00115021.
41. Cardoso GCP, Oliveira EA, Casanova AO, et al. Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre experiência de abordagem colaborativa. *Saúde debate*. 2019; 43(120):54-68.
42. Champagne F, Brouselle A, Hartz Z, et al. A avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. Em: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al., organizadores. *Avaliação - conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 217-38.
43. Aguiar J, Kanan LA, Masiero AV. Práticas Integrativas e Complementares na atenção básica em saúde: estudo bibliométrico da produção brasileira. *Saúde debate*. 2020; (43):1205-18.
44. Azevedo E, Pelicioni MCF. Práticas integrativas e complementares de desafios para a educação. *Trab Educ e Saúde*. 2011; 9(3):361-78.
45. Prado NMBL, Medina MG, Aquino R. Intervenção intersetorial para promoção da saúde em sistemas locais: estudo de avaliabilidade. *Saúde debate*. 2017; (41):214-27.
46. Dias MSA, Oliveira IP, Silva LMS, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(1):103-14.
47. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
48. Brasil. Casa Civil da Presidência da República; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Avaliação de Políticas Públicas: guia prático de análise ex ante. Brasília, DF: Ipea; 2018. v. 1. 192 p. [acesso em ago 25]. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180319\\_avaliacao\\_de\\_politicas\\_publicas.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180319_avaliacao_de_politicas_publicas.pdf).

---

Recebido em 06/10/2022

Aprovado em 16/01/2023

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: a publicação deste artigo contou com o apoio financeiro da Vice-Direção de Pesquisa e Inovação da Ensp/Fiocruz para pagamento da taxa de submissão