

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

**VANESSA ALVES PINHAL**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (UFU)  
vanessa-pinhal@hotmail.com

**JACQUELAINE FLORINDO BORGES**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA (UFU)  
jac.borges@uol.com.br

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

## 1 Introdução

No Brasil, a história da saúde pública foi marcada pelos conceitos de filantropia e caridade, enquanto o Estado desempenhava papel limitado. Esse cenário mudou no início do século XX, quando o governo brasileiro começou a tratar a saúde como prioridade (CARVALHO, 2013; FILKELMAN, 2002). Outra mudança ocorreu na década de 1990, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição Federal de 1988 (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Nos anos 2000, além dos anseios da sociedade por um sistema de saúde que contemplasse toda a população de maneira igualitária, intensificou-se também o desejo por práticas alternativas no atendimento à saúde, pois as pessoas começaram a valorizar tratamentos menos invasivos (RAKEL, 2012).

Em 2006, com o apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi implantada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que proporciona aos usuários do SUS o acesso a práticas da medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, crenoterapia e medicina antroposófica, reiki e florais. Essa política visa atender, sobretudo, a necessidade de se conhecer, incorporar e apoiar experiências relativas às práticas integrativas, as quais já vinham sendo oferecidas na rede pública de muitos municípios (BRASIL, 2009). Todas essas práticas da PNPIC são incorporadas pela abordagem da Medicina Integrativa (MI), que foca a cura e não a doença, além de considerar aspectos de ordem emocional e psicológica (RAKEL, 2012).

O papel das unidades de saúde municipais é central no atendimento público de saúde, que precisam incorporar estratégias de adoção dessas novas terapias no atendimento à população. Considerando esse cenário vivenciado pelas unidades, seus gestores e usuários, emerge a possibilidade de se pesquisar a estratégia vista como uma prática social, que valoriza as ações e os papéis dos estrategistas, assim como as inter-relações entre as práticas do micro e macrocontexto (WHITTINGTON, 2004) e o gerenciamento de associações entre *strategizing* e *organizing* em contextos pluralísticos (Jarzabkowski; Fenton, 2006).

Esta pesquisa busca responder a questão: como se configuram as práticas de *strategizing* e de *organizing* com a inserção da medicina integrativa (MI) no sistema público de saúde, a partir da perspectiva da estratégia como prática social? O objetivo é analisar a configuração dessas práticas em unidades de saúde que as oferecem. Para a fundamentação teórica foram utilizados estudos da estratégia como prática (ECP) e os conceitos de estruturação e campo nas ciências sociais e estudos sobre saúde pública e MI. A partir de pressupostos interpretativistas e de uma abordagem qualitativa, coletou-se os dados em três unidades de saúde de Uberlândia, com a utilização da pesquisa documental, da observação não participante e de entrevistas semiestruturadas com coordenadores, profissionais da saúde e usuários das unidades selecionadas e representantes do Conselho Regional de Medicina, do Conselho Municipal de Saúde e da Comissão Consultiva das PICS (Práticas Integrativas e Complementares em Saúde). Os dados foram analisados utilizando-se da análise de conteúdo.

Este artigo está estruturado em seis seções, incluindo esta introdução. A fundamentação teórica é apresentada nas três seções seguintes, respectivamente, conceitos centrais da ECP para esta pesquisa, as contribuições de Pierre Bourdieu e Anthony Giddens para o estudo da ECP, e a PNPIC. Os procedimentos metodológicos são apresentados em seção específica, seguidos dos resultados. Uma seção de conclusões encerra o artigo.

## 2 A estratégia como uma prática social

Os estudos baseados na perspectiva da ECP emergiram por volta dos anos 2000. Estes trouxeram uma alternativa para o estudo da estratégia ao considerar os indivíduos

(praticantes), suas práticas e as práxis; e ainda, enfatizaram a importância de se considerar os aspectos externos (nível macro) e internos (nível micro) à organização (JARZABKOWSKI, 2004; WHITTINGTON, 1996). Para esta perspectiva, a estratégia é vista como uma prática social na qual os estrategistas atuam e interagem. O foco está em compreender o “fazer estratégia” (WHITTINGTON, 1996), pois a estratégia é uma atividade situada e socialmente construída por meio das ações e interações de múltiplos atores (JARZABKOWSKI, 2005).

Na ECP, torna-se relevante a contextualização das microações. Os microfenômenos precisam ser compreendidos em seu contexto social mais amplo, pois os atores não interagem de forma isolada (JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007). A pluralidade é uma das características da ECP: (a) a pluralidade dos níveis de análise diz respeito a considerar os níveis individual, organizacional e institucional, e suas relações; (b) a pluralidade dos atores é a incorporação de outros profissionais nas análises, e não somente executivos de alto escalão; (c) a pluralidade das variáveis dependentes está relacionada ao uso de diversas variáveis, considerando o nível individual, os grupos e suas interações; (d) a pluralidade de teorias é a utilização de lentes teóricas distintas daquelas dos estudos tradicionais da estratégia; e, (e) a pluralidade do contexto (contexto pluralístico) refere-se àqueles contextos que são modelados por metas e interesses de grupos divergentes de dentro e de fora da organização, que implicam em processos de *strategizing* e *organizing* (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006).

Os contextos pluralísticos são aqueles caracterizados por múltiplos objetivos, poder difuso e processos de trabalho baseados no conhecimento (DENIS; LANGLEY; ROULEAU, 2007). Nesses contextos, os estrategistas devem ver a si mesmos como mergulhados em um processo contínuo de troca com outros atores, e não como uma autoridade externa que impõe estratégias. Jarzabkowski e Fenton (2006) propõem três diferentes configurações (FIGURA 1) que possibilitam o entendimento das fontes de tensão e dos problemas de *strategizing* e *organizing* em contextos pluralísticos e suas potenciais implicações para a prática.

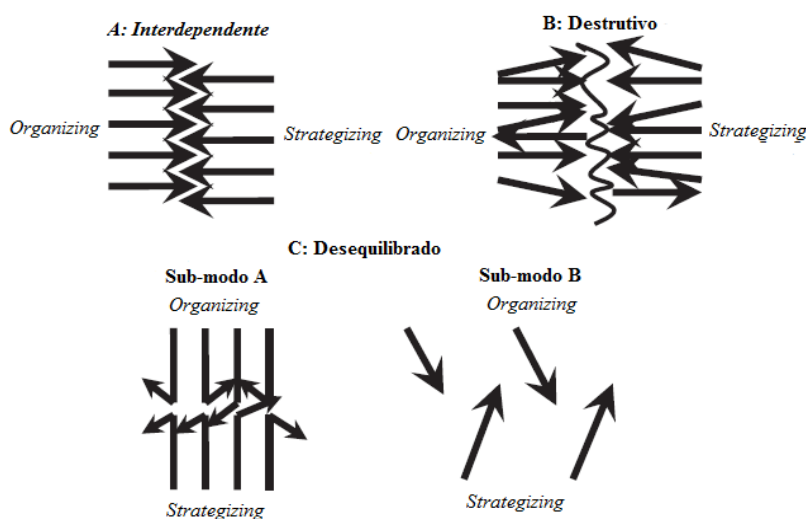


Figura 1 – Implicações dos modos de associação entre *organizing* e *strategizing*  
 Fonte: Jarzabkowski e Fenton (2006, p. 642).

De acordo com as autoras, o *strategizing* está relacionado com o planejamento, a alocação de recursos, e as práticas de monitoramento pelos quais a estratégia é estabelecida. Já o *organizing* pode ser definido como a criação de práticas estruturais e processos de coordenação pelos atores internos da organização, para que se estabeleça a identidade, a cultura e os interesses da empresa. As autoras citam três modos de associação entre *organizing* e *strategizing* – interdependente, desequilibrado e destrutivo – e exploram as variações dessa interdependência de acordo com as fontes de pluralismo (interna ou externa).

O modo de associação interdependente (A) é considerado um estado ideal, no qual *strategizing* e *organizing* são mutuamente reforçados e criam práticas de *organizing*, que são adaptadas às demandas de diferentes objetivos estratégicos e práticas de *strategizing*. No outro extremo, encontra-se a associação destrutiva (B), ocasionada pelo extremo pluralismo em ambos os domínios. Quando múltiplos objetivos estratégicos não podem ser alinhados ou quando estão em conflito ativo com os objetivos estratégicos, a organização é pressionada em muitas direções para solucionar as múltiplas demandas, requerendo maiores mudanças, ou em caso de falha, levando a um colapso organizacional. Entre esses dois existe o modo desequilibrado (C), que ocorre quando objetivos estratégicos estão bloqueados por práticas de *organizing*, que desviam a atenção de determinados objetivos para outros, enquanto as práticas de *strategizing* enfatizam os interesses de algumas partes da organização em detrimento de outras, aumentando o conflito entre subculturas e identidades. No submodo A, os processos e práticas pluralísticos de *organizing* agem diretamente como bloqueadores às tentativas de implementação de novas estratégias. Já o submodo B, ocorre quando múltiplas demandas estratégicas não podem ser acomodadas devido à singularidade dos processos de *organizing*, priorizando certos objetivos em detrimento de outros.

Portanto, existem três princípios decorrentes da discussão sobre o gerenciamento de associações entre *strategizing* e *organizing* em contextos pluralísticos (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006): (1) as organizações não podem ser submetidas a um ritmo de períodos estáveis pontuados por períodos de mudança, mas devem ajustar-se continuamente às novas exigências internas e externas; (2) as organizações devem manter-se independentes, abordando os vários pequenos desequilíbrios que surgem cotidianamente em contextos pluralísticos e fazendo ajustes mútuos em uma base contínua; e, (3) o diálogo constante entre a alta administração e seus constituintes organizacionais é necessário com a finalidade de visualizar diferentes interesses e objetivos, possibilitando consenso para resolvê-los.

### **3 Contribuições de Pierre Bourdieu e Anthony Giddens para a estratégia como prática**

O surgimento da ECP aconteceu por um movimento mais amplo chamado virada prática que ganhou espaço nas ciências sociais, a partir de estudiosos seminais da teoria social, dentre eles Pierre Bourdieu e Anthony Giddens (JARZABKOWSKI; SPEE; SMETS, 2013; WHITTINGTON, 2006). Para Bourdieu (1996), as sociedades são produzidas por práticas sociais; e o que produz essas práticas é o que ele chama de *habitus*.

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

Esse conceito implica um sistema de esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas mentes dos indivíduos) (SETTON, 2002). O *habitus* pode ser considerado um corpo socializado que incorporou as estruturas inerentes de determinado meio, e que estrutura não somente a ação nesse meio, mas também as percepções sobre ele (BOURDIEU, 1996). O *habitus* faz parte da dinâmica social, a qual ocorre no interior de um campo, espaço onde se manifestam relações de poder, e que se estrutura a partir da distribuição desigual de capital social, que determina a posição que um agente específico ocupa em seu seio (BOURDIEU, 1983).

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

Esses conceitos trazem contribuições para a abordagem da ECP devido à possibilidade de analisar em conjunto as ações dos indivíduos e o meio no qual estão envolvidos, e, além disso, possibilita analisar os dois polos presentes no campo da saúde, pertinente a esse estudo: o predominante (biomédico); e o preventivo/integrativo, ainda não é amplamente aceito.

Quanto ao trabalho de Giddens, sua relevância para os estudos organizacionais é reconhecida por Whittington (1992), o qual enfatiza seus conceitos de agência, estrutura e estruturação. A teoria da estruturação de Giddens (2009) mostra que a vida social não é constituída isoladamente de ações individuais ou de forças sociais, ou seja, para compreendê-la é necessário olhar tanto para as atividades presentes no nível “micro” (agência) quanto aquelas no nível “macro” (estrutura). O autor considera que as atividades sociais humanas são recursivas, isto é, elas não são criadas por atores sociais, mas continuamente recriadas por eles através dos próprios meios pelos quais eles se expressam como atores.

O termo “agência” refere-se à capacidade que as pessoas têm de realizar as coisas; diz respeito a determinados eventos dos quais um indivíduo é o perpetrador, sendo que ele poderia, em qualquer fase de dada sequência de conduta, atuar de maneira diferente. O fato ocorre devido à interferência desse indivíduo. A agência humana só pode ser definida em termos de intenções, ou seja, para que um item do comportamento seja considerado uma ação, é preciso que o realizador tenha a intenção de manifestá-lo, caso contrário, o comportamento em questão é apenas uma resposta reativa (GIDDENS, 2009). Já o termo “estrutura” é definido como sendo as “regras e recursos, ou conjunto de relações de transformação, organizados como propriedades de sistemas sociais” (GIDDENS, 2009, p. 29).

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

#### **4 A Saúde pública no Brasil e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**

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

Em termos conceituais, nota-se uma dificuldade de encontrar definições para o termo “saúde pública”, devido às controvérsias que cercam o próprio conceito de saúde, que conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) seria “[...] o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição foi difundida em julho de 1948, na Conferência Internacional de Saúde em Nova Iorque. O conceito sofreu inúmeras críticas por sua amplitude e pela ideia da

saúde como algo ideal e utópico (SEGRE; FERRAZ, 1997; SCLIAR, 2007). Por volta de 1920, a saúde pública podia ser compreendida como a arte de evitar a doença.

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

No Brasil, as transformações na área da saúde envolvem uma mudança de foco em direção à promoção da saúde, que pode ser entendida como a disponibilidade de meios para melhorar as condições sanitárias das pessoas e fazer com que elas exerçam maior controle sobre sua saúde (FILKELMAN, 2002). Arouca (2003) e Escrivão Junior (2012) citam a prática da Medicina Preventiva, a partir da década de 1960. Essa nova orientação emergiu como uma reação à ideologia curativa da prática médica vigente, criticando a especialização crescente da medicina; o conhecimento médico predominantemente biológico, desconsiderando aspectos psicológicos e sociais; e a educação médica, dominada pela ideologia curativa (ARAUCA, 2003). Nesse âmbito, encontra-se a Medicina Integrativa.

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

As PICS são incorporadas pela MI, que são contempladas pela PNPIC. A PNPIC reconhece que a efetiva implantação dessas “novas” terapias nas unidades de saúde contribui para a ampliação da **corresponsabilidade** dos indivíduos pela saúde, aumentando do exercício da cidadania (BRASIL, 2006). Após a institucionalização da PNPIC, ocorreu a Resolução de aprovação das práticas integrativas no estado de Minas Gerais; e posteriormente, a Lei e o Decreto específicos de Uberlândia: Lei n. 11.309 de 18 de fevereiro de 2013 e Decreto n. 14.597 de 27 de dezembro de 2013 (UBERLÂNDIA, 2013a, 2013b).

O programa municipal de Uberlândia atende a PNPIC e tem como principais objetivos: a ampliação da oferta dessas práticas de maneira segura, eficaz e integral; o fortalecimento da assistência farmacêutica em PICS; o incentivo da pesquisa e inovação sobre essas práticas; o estímulo do autocuidado e do interesse pela melhoria da qualidade de vida; implantação e coordenação do centro de referência em práticas integrativas e complementares em saúde; e a criação de uma Comissão Consultiva de PICS do Município de Uberlândia.

Desde 2006, estudos têm investigado o interesse e a aceitação dos profissionais de saúde pelas PICS e pela MI (NAGAI; QUEIROZ, 2011; MACHADO; CZERMAINSKI; LOPES, 2012; ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012) e o conhecimento dessas práticas por usuários e profissionais (FONTANELLA et al., 2007; PEREIRA; VILLELA, 2008; LOCHNECKEL; CARMIGNAN; CREPALDI, 2010; LIMA; SILVA; TESSER, 2013), reforçando sua relevância no contexto da saúde de modo geral, incluindo os programas de saúde pública.

## 5 Procedimentos metodológicos

Esta pesquisa baseia-se nos pressupostos ontológicos e epistemológicos da ECP (GRIX, 2002; VAARA; WHITTINGTON, 2012), com abordagem qualitativa (DENZIN;

LINCOLN, 2005). Como método de procedimento, adotou-se a pesquisa de campo. O Quadro 1 sintetiza as categorias de pesquisa que orientaram a coleta de dados no campo.

Quadro 1 – Categorias da pesquisa

Contexto pluralístico (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006)	Categorias de análise		Modos de associação entre <i>Strategizing</i> e <i>Organizing</i>
	<i>Organizing</i>	<i>Strategizing</i>	
Foco da saúde pública: “prevenção” e/ou “promoção” (OLIVEIRA, 2000).  Valorização social da qualidade de vida (ANDRADE; COSTA, 2010; BRASIL, 1990).  Interesse social por práticas alternativas de saúde menos invasivas e menos custosas (RAKEL, 2012).  Tensão entre Medicina (MI) Integrativa e Medicina Convencional (MC) (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012).	Valores relacionados com a MI.	Objetivos (e expectativas) com a inserção da MI.	Interdependente
	Imagens ou formas de representar a MI pelos públicos pesquisados.	Avaliação sobre a destinação de recursos para MI vis a vis a MC.	
	Novas práticas adotadas e mudanças para acomodar os interesses dos atores envolvidos com as PICS.	Entendimento sobre as novas práticas e as mudanças trazidas pelas PICS.	Desequilibrado
	Formas de interação/diálogo entre os atores estratégicos na inserção das PICS.	Tensão consensos/ divergências sobre os resultados da inserção das PICS.	Destrutivo
	Maneiras de disseminação das práticas de MI entre os atores estratégicos.	Tensão consensos/ divergências sobre o futuro da MI no atendimento público.	

Fonte: elaboração das autoras

O município de Uberlândia possui 61 estabelecimentos de saúde no total, sendo que sete oferecem as PICS. Dentre as sete, três foram selecionadas para este estudo. Devido às condições de confidencialidade, as unidades analisadas serão tratadas com os nomes fictícios: a unidade Camomila, inaugurada em 2012, oferece as PICS desde sua fundação; a Unidade Alecrim foi fundada em 1982, porém apenas em 2015 iniciou a oferta das PICS; a Unidade Malva foi inaugurada em 2016 e desde então oferece apenas os serviços das PICS, podendo receber pacientes de todas as regiões da cidade, conforme encaminhamento das outras unidades que não oferecem essas terapias.

A coleta dos dados foi realizada por meio de pesquisa documental (RICHARDSON, 2014), observação não participante e notas de caderno de campo (STAKE, 1994) em reuniões e na sala de espera de atendimento (QUADRO 2) e entrevistas semiestruturadas (PATTON, 1990). Para a análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo (BARDIN, 1977).

Quadro 2 – Atividades da observação não participante

Atividade/Datas	Tempo de Observação	Pontos observados nas três unidades analisadas
Três Reuniões (04/08/2017; 10/08/2017; e 04/10/2017).	4 horas	Assuntos mais frequentes; avaliações informais sobre o futuro relacionado às PICS; formas de interações.
Audiência Pública - Plantas Medicinais (01/09/2017).	3 horas	Assuntos mais frequentes; avaliações informais sobre o futuro relacionado às PICS; público envolvido.
Salas de Espera (setembro/outubro de 2017).	30 horas e 30 minutos	Relações usuários/profissionais; infraestrutura e recursos; avaliações emitidas de forma espontânea pelos usuários.
<b>Total</b>	<b>37 horas e 30 minutos</b>	

Fonte: dados da pesquisa

Quadro 3 – Características e quantidade de profissionais entrevistados

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

Fonte: dados da pesquisa

O público entrevistado foi composto 17 profissionais (QUADRO 3): coordenadores; profissionais da saúde que atuam com as PICS; usuários das PICS; uma representante do Conselho Municipal de Saúde; uma representante da Comissão Consultiva das PICS; e um representante do Conselho Regional de Medicina (CRM) de Uberlândia. E, também por usuários das PICS, foram realizadas 51 entrevistas, com pacientes de todas as terapias oferecidas nas unidades selecionadas. O total de usuários atendidos em todas as unidades que oferecem as PICS em Uberlândia é de 1490 no mês de setembro de 2016. O processo de seleção desses usuários aconteceu nas salas de espera das unidades, sem distinções entre os mesmos, repetindo a voluntariedade em participar da pesquisa. A pesquisa foi cadastrada e aprovada pelo Conselho de Ética no sistema Plataforma Brasil. O método de análise de conteúdo (BARDIN, 1977) foi utilizado na análise do material da pesquisa.

## 5 A estruturação e o campo das práticas integrativas: tensões relacionais no contexto pluralístico da saúde pública

No campo da Sociologia, as buscas pela compreensão das relações entre indivíduo e sociedade levaram Giddens (2009) e Bourdieu (1983, 1996) a defenderem, respectivamente, os conceitos de “estrutura” e “agência” e os conceitos de “*habitus*” e “campo social”. Ambos desenvolveram seus estudos buscando superar as divergências das análises do subjetivismo/objetivismo. No campo da saúde, essa dicotomia apresenta-se na tensão entre o modelo preventivo (subjetivismo) e o modelo biomédico (objetivismo).

A Atenção Básica, ela avançou um pouco, mas precisa avançar mais, é, e ela tem que funcionar da forma mesmo como está, de promoção, prevenção à saúde. Porque se a gente tem um maior investimento na atenção básica, a gente vai evitar de ter



gastos maiores com internação, com UTI, com pessoas nas UAI's lá nos corredores e internadas (Entrevista concedida por Vanda, Coordenação, 2016).

A dicotomia entre preventivo/curativo, juntamente com a dificuldade de mudar os padrões de comportamento da sociedade remetem ao conceito de campo de Bourdieu (1983), o qual é caracterizado pelas relações entre o polo dominante (curativo) e o dominado (preventivo). Entretanto, todos os profissionais reconhecem a importância das duas abordagens e a necessidade de integração entre elas, conforme exposto por Kátia.

As terapias complementares não vieram para tirar o atendimento dos médicos, não, ela veio para complementar. Não é você escolher entre um e outro, é tratar a pessoa como um todo. Trata causa, não consequência (Entrevista concedida por Kátia, Comissão Consultiva PICs, 2016).

A Figura 2 mostra seis dimensões do processo de estruturação (GIDDENS, 2009) das PICS e também as tensões geradas no campo da saúde municipal (BOURDIEU, 1983) com a inserção das práticas de MI. Essa tem um papel social e econômico, pois visa, em princípio, evitar que as pessoas precisem buscar por tratamentos secundários, em Unidades de Atendimento Integrado ou hospitais. Concomitantemente, em determinados casos, a especialidade é benéfica e o tratamento precisa ser feito por meio de medicação alopática e um acompanhamento médico mais especializado, confirmando o caráter complementar das práticas integrativas e complementares.



Figura 2 – Fatores de influência no contexto de inserção das PICS na saúde pública

Fonte: elaboração das autoras

Em Uberlândia, o processo de inserção das PICS contou com intensa participação popular, juntamente com associações interessadas em oferecer esses serviços à população. Todos esses atores compõem o campo das PICS (BOURDIEU, 1983), são agentes que atuam na estruturação do sistema de saúde do município (GIDDENS, 2009), composto por um conjunto de práticas, regras, recursos, ideologias e atores que se relacionam para a sua efetivação. O contexto da saúde pública pode ser definido como um contexto pluralístico, sendo caracterizado por diversos objetivos de diferentes grupos, dentro e entre organizações (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006). Individualmente e em grupos, profissionais, usuários, reguladores, cada grupo possui seus próprios interesses e influencia o processo de inserção de novas políticas públicas de saúde. Um exemplo disso é a visão do representante do CRM.

Dentro do CRM, a gente entende o seguinte: aquilo que necessita de diagnóstico e proposta de tratamento tem que ter o envolvimento do médico. [...]. Eu não tenho absolutamente nada contra outras pessoas fazerem determinados tipos de acompanhamento e terapêuticas, mas quando você tem um diagnóstico, é necessária obrigatoriamente a participação do médico. [...]. Então, assim, sem ter o diagnóstico e sem ter o médico participando, o Conselho entende que essa medicina não tem como se prosperar. [...] (Entrevista concedida por André, CRM, 2016).

O entrevistado Jonas (Acupuntura) destaca a influência de fatores políticos/partidários, comprovação científica das PICS e ainda o fator econômico envolvendo essas terapias. Todos esses setores podem exercer influência positiva e/ou negativa na inserção de novas políticas na saúde pública, por isso o entrevistado enfatiza também a importância da regulamentação.

Os resultados da pesquisa mostram o pluralismo sobre os tratamentos relativos à MI. A falta de consenso confirma um dos desafios identificados pela Organização Mundial da Saúde, ainda em 2002: a falta de padrões internacionais e controle de qualidade (WHO, 2002) podem levar à falta de compreensão de como determinadas práticas são estabelecidas.

Em relação ao interesse social pelas PICS, foi visto que é crescente (pesquisa documental). A aprovação e interesse por parte das pessoas pode ser atribuído aos resultados positivos que elas experimentam ao complementarem seus tratamentos com as PICS.

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

A divulgação das PICS para a população é realizada principalmente dentro das unidades, por meio do mural; e pelos próprios usuários que falam para outros. Observou-se que os médicos de outras unidades de saúde têm encaminhado os pacientes para essas terapias nas unidades pesquisadas, contribuindo para a disseminação das PICS e também com a proposta de complementaridade dessas práticas, ou seja, a MI “[...] auxilia a saúde por meio da integração de terapias alopáticas e complementares” (RAKEL, 2012, p. 6).

### **5.1 As práticas de *Organizing***

Em relação aos valores associados à MI, a análise das entrevistas mostrou semelhanças nas três unidades analisadas. O oferecimento dessas terapias pela rede pública de saúde é entendido por muitos profissionais como um “avanço” e até mesmo “um sonho” realizado. Os profissionais acreditam no propósito dessas terapias, na necessidade de sua ampliação e no fortalecimento das PICS no município. Os valores dos usuários também mostram um entendimento positivo da oferta da MI pela rede pública de saúde: valorizam essa oferta porque entendem que as condições de obter acesso a esses serviços pelo setor privado é cara; valorizam o caráter complementar das PICS e os resultados positivos que ela proporciona. Esses valores convergem para o aspecto da acessibilidade aos serviços públicos e vai ao encontro de um princípio primordial do SUS: a equidade (VECINA NETO, 2012).

Em relação às formas de representar a MI, também há um entendimento comum entre os atores atuantes nas unidades analisadas. Em suas falas, os entrevistados citam, "cuidado", "uma forma de prevenir doenças", "ver o paciente em sua totalidade", e ainda "uma maneira de somar ou complementar conhecimentos" com a biomedicina (BRAVEWELL, 2011; RAKEL, 2012). Por parte dos profissionais entrevistados, a MI não substitui a abordagem biomédica, ela é complementar. Porém, estes profissionais percebem que muitos profissionais da abordagem biomédica representa a MI como pouco ou não efetiva.

Em relação às novas práticas adotadas e às mudanças para acomodar interesses dos atores estratégicos, foi possível notar algumas especificidades no cotidiano de trabalho,

quanto às rotinas organizacionais e quanto a maneira de atender os pacientes. As consultas das PICS são mais longas e é realizada uma espécie de entrevista com o paciente, buscando saber de seu histórico e sintomas. Esse contato mais prolongado com o paciente gera percepções positivas: "É muito boa [a relação com a terapeuta], uma nova amiga que eu encontrei" (Entrevista concedida pela Usuária Reiki/Alecrim, 2016). E, "A consulta é diferente, perguntam mais, conversam mais, investigam" (Entrevista concedida pela Usuária Acupuntura/Malva, 2016).

Então, por mais que seja notada a prevalência de uma determinada estrutura social (o modelo biomédico), ela pode sofrer mudanças quando os profissionais assumem diferentes papéis na estruturação das PICS (GIDDENS, 2009). Nas três unidades de saúde analisadas, foi possível notar aspectos em comum no que se refere às rotinas cotidianas das coordenações. As atividades são realizadas de acordo com as demandas diárias, podendo ser relacionadas a questões técnicas ou de manutenção, não se restringindo à gestão. A dinamicidade das práticas desempenhadas pelas coordenações indica que tanto as organizações quanto as estratégias estão constantemente sendo feitas e refeitas, são reconcebidas como atividades do *organizing* (WHITTINGTON et al., 2006). Nas rotinas dos profissionais de saúde que atuam dentro das três unidades analisadas, todos os entrevistados trabalham em mais de uma unidade da rede, dividindo seu horário de trabalho entre elas.

A área da Medicina Antroposófica, oferecida na Unidade Malva, também apresentou uma particularidade: atividades de pesquisa e ensino. A Unidade oferece cursos de formação, tratando sobre noções básicas de antroposofia para os professores das EMEIS (Rede Municipal de Educação Infantil) e para pediatras do Programa Saúde da Família. Essa prática promove conhecimento e fornece suporte para pesquisas nessa área, tema constantemente destacado em relatórios e documentos de órgão da saúde (WHO, 2002; UBERLÂNDIA, 2013a; MINAS GERAIS, 2014). A dinâmica nas relações não se restringe ao público interno das unidades. Tanto a representante do Conselho Municipal de Saúde quanto a representante da Comissão Consultiva das PICS desempenham um trabalho de interação constante nas unidades: "A função do Conselho é mais de parceria do que fiscalização, mas as melhorias são cobradas [...]. A gente faz as reuniões nas salas de espera da unidade [...] a gente tenta envolver a população o máximo possível" (Entrevista concedida por Ângela, CMS, 2016). E, "Dentro das PICS existe uma Comissão Consultiva, ela não tem poder de decidir, mas ela tem o poder de andar em todos os departamentos, ajudar, auxiliar, falar o que tá precisando, cobrar principalmente da gestão" (Entrevista concedida por Kátia, Comissão consultiva, 2016).

Além disso, ocorreram interações anteriores à inserção, feitas entre atores externos (associações, profissionais engajados com as PICS, sociedade); e aquelas dentro das unidades, entre profissionais das unidades. As interações no cotidiano de trabalho mostram divergências e tensão. Há aqueles funcionários que percebem a MI como sendo "boa", "tranquila" e "coesa", devido a fatores como a facilidade de encaminhamentos entre as terapias dentro da mesma unidade; ao próprio contato no dia-a-dia; e ao fato dos profissionais já estarem trabalhando há algum tempo juntos (MINAS GERAIS, 2014). Por outro lado, há aquelas pessoas que acreditam que a interação é "fraca" e que "não é boa". Essas definições estão relacionadas à fraqueza nas relações entre os profissionais, principalmente de áreas distintas, à falta de uma política de reuniões periódicas e à falta de conhecimento por parte de muitos profissionais do que realmente são as PICS. O espectro de opiniões distintas dentro dos mesmos ambientes de trabalho pode estar relacionado às diferenças históricas e culturais, que fazem com que surjam percepções destoantes (FENTON; LANGLEY, 2011).

Em relação às formas de disseminação das PICS, a comunicação ainda é fraca. Foi possível observar uma baixa frequência de reuniões, principalmente para se tratar especificamente das PICS. A Unidade Malva tem uma política mensal de reuniões relacionadas às PICS, em que são discutidos pontos específicos dos atendimentos da unidade,

esclarecimentos administrativos aos funcionários, assim como dificuldades ainda enfrentadas pelas PICS (NOTAS DE CAMPO, 4/10/2016). Entretanto, não são todos os profissionais que participam devido a outras atribuições. Esse fator pode ser uma das causas do baixo conhecimento dessas práticas dentre os profissionais da rede e de algumas imagens negativas. Nas outras duas unidades analisadas, Camomila e Alecrim, são realizadas reuniões entre os profissionais, porém não foi observada reunião de assuntos específicos das PICS.

## **5.2 As práticas de *strategizing***

Em relação aos objetivos e as expectativas com a inserção da MI na rede pública, a maioria dos entrevistados – profissionais de saúde e usuários – converge para a ampliação do oferecimento das PICS na rede municipal de saúde, para que essas sejam reconhecidas é preciso que elas estejam presentes em todas as unidades de saúde do município. Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde entrevistados manifestam incerteza do empenho político em direção à MI e frustração ao exporem suas expectativas de ampliação da MI na rede pública de saúde. Eles relatam que, embora regulamentadas em âmbito federal, as PICS dependem de políticas e do interesse local: seja sobre o que (conteúdo, atividades, equipamentos) e quando (em que ritmo) implementar. A demora e/ou não concretização de projetos como, por exemplo, a farmácia popular, não são apenas resultado, mas também contribuem para a falta de conhecimento e preparo dos profissionais no que se refere a inserção das PICS, o que também foi identificado em outro estudo realizado por Ischkanian e Pelicioni (2012).

Os profissionais de saúde falam da dificuldade das condições de gestão para o atingimento de objetivos e a necessidade de superar a resistência de outros profissionais de saúde que são contrários à MI. A resistência às PICS pode ser explicada devido à incorporação de outras regras e de novas relações que influenciam o processo de estruturação (GIDDENS, 2009) e transformam o campo da saúde (BOURDIEU, 1983).

Em relação à avaliação sobre a destinação de recursos para MI, os gestores informaram que os recursos geralmente são obtidos por meio de edital e são incorporados dentro do bloco da Atenção Básica, ou seja, não é enviado especificamente para as PICS. Entretanto, devido às particularidades dos serviços oferecidos pelas PICS, inclusive as atividades que envolvem a fitoterapia e a farmácia, Simone (Auriculoterapia) e Elisa (Reiki) acreditam que o orçamento e a disponibilização de recursos deveriam ser independentes da Atenção Básica. Quanto aos profissionais atuantes com as PICS, foi quase unanimidade a falta de conhecimento sobre a distribuição de recursos e por isso não conseguiram avaliá-lo. Já os profissionais Jonas (Acupuntura), Vânia (Medicina Antroposófica) e Rodrigo (Homeopatia) falaram da dificuldade de se conseguir infraestrutura adequada para atendimento, que gera uma avaliação negativa sobre a destinação de recursos.

Em relação ao entendimento sobre as novas práticas e os tipos de mudanças trazidas para a unidade de saúde pela oferta da MI, nas três unidades analisadas, foi possível notar que os profissionais compreendem a proposta de integração da MI, porém o diálogo sobre essas práticas acontece entre esses profissionais, mas não da forma desejada. Dos 51 usuários entrevistados, 30% estão sendo atendidos pelas PICS devido ao encaminhamento de médicos das diversas Unidades Básicas de Saúde da cidade, o que indica confiança e abertura a essas terapias. Na coordenação da Unidade Malva, foi observada uma prática distinta das outras duas unidades analisadas, que visa organizar e instruir os encaminhamentos feitos para essa unidade. Essa prática diz respeito à elaboração de documentos informativos, como o “Guia de Encaminhamento” e a “Ficha de Encaminhamento”, documentos cedidos por esta unidade. O primeiro contém uma nota técnica sobre todas as terapias oferecidas pela rede. O segundo contém informações sobre o paciente. Essa prática reforça uma das diretrizes estratégicas constantes na Lei n. 11.309, referida como “Elaboração de normas e manuais técnicos”, contribuindo para a disseminação do esclarecimento sobre as PICS (UBERLÂNDIA, 2013a).

Em relação aos resultados da inserção das PICS, é consenso entre profissionais e usuários das três unidades que o oferecimento dessas práticas na rede pública tem gerado resultados positivos. Um dos mais citados entre os entrevistados foi a diminuição no uso de remédios em geral (anti-inflamatórios, antidepressivos); melhoria na qualidade de vida; diminuição de filas nos outros níveis de atendimento como as Unidades de Atendimento Integrado; baixos custos de implantação dessas práticas na rede; e a mudança de postura daqueles profissionais que se propõem a entenderem o propósito das PICS, pois a resistência é gerada pela falta de conhecimento. Entretanto, os profissionais entrevistados avaliam que existem fatores que precisam ser superados para que o programa das PICS seja inserido em sua totalidade: carência de profissionais; falta do entendimento do propósito das PICS; carência de materiais; falta de capacitação; e influência de setores resistentes.

Em relação ao futuro da MI no atendimento público de saúde, há consenso também no sentido de esperar que ocorra uma expansão dos serviços, mas ao mesmo tempo a maioria dos entrevistados demonstra incerteza quanto às possíveis mudanças políticas.

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

No contexto da saúde pública, as estratégias relativas às PICS, sejam elas relacionadas à inserção ou ações de expansão, são amplamente definidas por meio de políticas públicas, como PNPIC, ou por meio de instrumentos legais, como a Lei n. 11.309 (UBERLÂNDIA, 2013a). Dessa forma, a inserção dessas práticas no contexto estudado, possibilitou a identificação de dois modos de associação entre *organizing* e *strategizing*. Durante a pesquisa, ficou clara a existência de um contexto pluralístico da saúde pública: foco curativo ou biomédico (considerado predominante) e foco preventivo, que busca promover ações para manutenção da saúde e equiparar-se ao modelo biomédico (FIGURA 3).

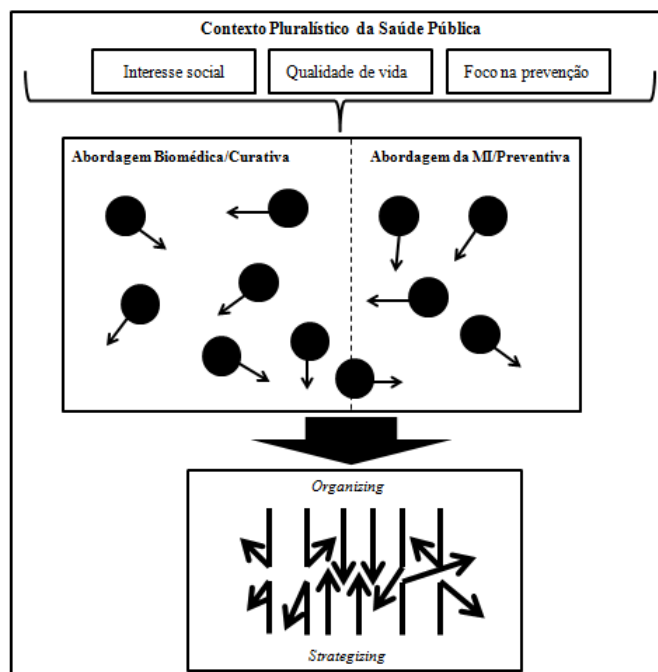


Figura 3 – Contexto pluralístico e práticas de *organizing* e *strategizing* na inserção das PICS

Fonte: elaboração das autoras

Na Figura 3, a abordagem curativa está representada em um espaço maior devido a sua predominância nos tratamentos atualmente. Dentro do quadro com cada abordagem (curativa e preventiva), encontram-se diversos atores estratégicos (representados pelos círculos) com interesses e objetivos distintos, podendo ora defender práticas relacionadas à abordagem curativa, ora da preventiva. Por isso, os círculos estão representados em direções diversas.

O contexto (externo e entre organizações) e as práticas dentro das unidades de saúde são coconstruídas e modelam as práticas de *organizing* e de *strategizing*, e os modos de associação entre elas (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006), representados na Figura 3 pelas setas dentro do retângulo menor, representando as unidades de saúde (microcontexto). Essas setas mostram uma relação de interdependência e também de desequilíbrio que ocorre entre as práticas de *organizing* e de *strategizing*. Assim, verifica-se que o contexto de atuação das unidades analisadas influencia as práticas dos atores atuantes em aspectos diversos.

Quando as organizações mudam suas estratégias sem considerar como as práticas existentes de *organizing* podem contrariar as metas e suas habilidades de alcançá-la, há um bloqueio dessas novas estratégias ou o impedimento de novas práticas de *organizing*. Essa característica é observada no modo de associação “desequilibrado”, identificado na presente pesquisa. Como a PMPIC foi inserida sem considerar fatores como planejamento e capacitação, algumas práticas são identificadas no sentido de bloquear a inserção de novas estratégias, como as práticas de resistência (desconhecimento da gestão/necessidade de encaminhamento por outro profissional) e de disponibilização geral de recursos

Também foram notadas algumas práticas de *organizing* e de *strategizing* mutuamente ajustadas, criando práticas de *organizing* adaptadas às demandas dos diversos interesses de diferentes grupos organizacionais, levando à concepção do modo “interdependente”. As práticas dinâmicas dos representantes de conselhos e comissões promovem uma articulação constante com a população; e o diálogo percebido entre as associações que fizeram (e ainda fazem) parte do processo de inserção das PICS. Já as práticas inovadoras auxiliam a ampliação da MI ao disseminar esses conhecimentos para outros profissionais. Ainda no modo “interdependente”, os comportamentos que destacam a importância do foco preventivo estão alinhados com o objetivo de expandir os pressupostos da MI. Da mesma forma, há um alinhamento entre práticas de elaboração de guias informativos e a divulgação dessas terapias.

## 6 Conclusões

Esta pesquisa buscou compreender o modo como se configuram as práticas de *strategizing* e de *organizing* com inserção da MI no sistema público de saúde de Uberlândia, a partir da perspectiva da ECP. A utilização da abordagem da prática social no estudo das organizações e da estratégia, possibilitou uma oportunidade de analisar as atividades no nível dos profissionais, usuários e outros praticantes (microsocial), considerando a construção dessas atividades em um contexto mais amplo (macrossocial): a saúde pública.

Os resultados mostram que as propriedades estruturais dos sistemas sociais não existem fora da ação, isto é, estão cronicamente envolvidas em sua produção/reprodução (BOURDIEU, 1983; GIDDENS, 2009). Os olhares sobre os modos de configuração das práticas de *strategizing* e *organizing* mostram os praticantes fazendo uso de regras e recursos conforme as normas disponíveis, mas também mostram os praticantes criando alternativas e transformando as regras e desenvolvendo novos recursos.

Em relação ao contexto pluralístico analisado, o paradigma predominante é o biomédico, ou seja, o foco é para a doença, com uma busca de mecanismos de cura a partir de um diagnóstico. Todos os profissionais envolvidos com as PICS defendem a ideia de prevenção, clamando por mais investimentos em práticas de “Atenção Básica”, assim como em meios que possibilitem que o sistema funcione da melhor forma possível. Entretanto, os resultados mostraram que a priorização da promoção à saúde, nem sempre se efetiva na prática e isso pôde ser verificado nas entrevistas realizadas com os usuários das três unidades. A maioria dos entrevistados é encaminhada para as PICS já com alguma doença crônica, ou seja, as PICS têm sido utilizadas como uma forma de cura e não de promoção à saúde.

Outro fato identificado é que não se trata de substituir um paradigma por outro, tendo em vista o caráter complementar das PICS. Em relação aos usuários, os resultados mostram

que a maioria soube do oferecimento das PICS por meio de outras unidades de saúde e por meio do próprio encaminhamento por outros profissionais (médicos, psicólogos). Com isso, nota-se ainda uma deficiência na divulgação dessas práticas.

Em relação às limitações, o presente estudo não teve a pretensão de esgotar todas as práticas de *organizing* e *strategizing* do contexto de inserção das PICS. Os procedimentos metodológicos adotados serviram para fortalecer os resultados, possibilitando maior proximidade com o campo por meio das observações. É reconhecido que esta pesquisa não considerou todos os atores envolvidos no contexto de atuação das unidades analisadas. Ademais, dentre as sete unidades de Uberlândia que oferecem as PICS, três foram selecionadas. O que deixa espaço para novos estudos. Em relação a pesquisas futuras, sugere-se a ampliação do escopo de pesquisa, e/ou ampliação para o estudo de todas as unidades de Uberlândia que oferecem as PICS. Ademais, podem ser realizados estudos com outros setores, tanto com organizações do setor público ou do setor privado.

## AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro concedido para o desenvolvimento deste trabalho.

## Referências bibliográficas

- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010.
- AROUCA. S. **Os princípios básicos**. In: AROUCA. S. O dilema preventivista: contribuição para e crítica da Medicina Preventiva, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BOUDIEU, P. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1983.
- BOURDIEU, P. **Razões Práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em: 14 fev. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc\\_do\\_sus\\_doutrinas\\_e\\_principios.pdf](http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf)>. Acesso em: 14 jan. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC**. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_praticas_integrativas_complementares_saude.pdf)>. Acesso em: 14 fev. 2016.
- BRAVEWELL. **The Bravewell collaborative: best practices in integrative medicine – what is integrative medicine?** 2011. Disponível em: <[http://www.bravewell.org/content/Downloads/What\\_Is\\_IM\\_2011.pdf](http://www.bravewell.org/content/Downloads/What_Is_IM_2011.pdf)>. Acesso em: 14 fev. 2016.
- BUSS, P. M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

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

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

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

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

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

FONTANELLA, F.; SPECK, F. P.; PIOVESAN, A. P.; KULKAMP, I. C. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 36, n. 2, p. 69-74, 2007.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WHO. World Health Organization. **WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005**. 2002. Disponível em: [http://www.wpro.who.int/health\\_technology/book\\_who\\_traditional\\_medicine\\_strategy\\_2002\\_2005.pdf](http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf). Acesso em: 10 fev. 2016.