

## **Integração das PICS no SUS de Sorocaba: Governança Inovadora e Sustentabilidade Local**

**WELTON HEBERT DA SILVA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)

**FÁBIO LUÍS FALCHI DE MAGALHÃES**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)

**ANTONIO YUKIO UETA**

**MATHEUS CARDOSO MORAES**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP)

# INTEGRAÇÃO DAS PICS NO SUS DE SOROCABA: GOVERNANÇA INOVADORA E SUSTENTABILIDADE LOCAL

## 1. INTRODUÇÃO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) têm conquistado crescente destaque nas agendas globais de saúde, sobretudo por seu potencial de promover um cuidado holístico e centrado na pessoa. A OMS sugere que os países membros incorporem essas práticas aos sistemas nacionais de saúde, por meio de marcos regulatórios e estratégias fundamentadas no planejamento em saúde baseado em evidências (Who, 2013). No Brasil, as PICS são reconhecidas e regulamentadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída em 2006 e ampliada posteriormente, contemplando atualmente 29 modalidades oficialmente reconhecidas (Brasil, 2006; Brasil, 2011; Brasil, 2017; Brasil, 2018). Apesar desses avanços normativos, a consolidação das PICS no Sistema Único de Saúde (SUS) permanece desigual, marcada por disparidades no acesso, no financiamento e no apoio institucional entre os entes municipais (Brasil, 2015).

A ampliação da PNPIC reflete um esforço mais amplo de alinhamento dos serviços de saúde aos princípios da integralidade, do autocuidado e da promoção da saúde (Brasil, 2015). No entanto, conforme argumentam Zanella et al. (2016), a inclusão formal dessas práticas na política nacional não resultou, necessariamente, em sua implementação sistemática e homogênea. Diversas barreiras — como mecanismos de financiamento limitados, lacunas na formação profissional, resistência cultural e ausência de instrumentos padronizados de monitoramento — têm dificultado a consolidação das PICS como componente estável da oferta de serviços no SUS. Além disso, Savaris et al. (2019) e Ribeiro e Marcondes (2021) apontam que a distribuição geográfica desigual dos serviços reforça as iniquidades no acesso, frequentemente excluindo as populações mais vulneráveis dos potenciais benefícios dessas práticas (Brasil, 2006).

Embora a literatura internacional sobre PICS tenha se expandido, especialmente em áreas como desfechos clínicos e satisfação dos usuários, avaliações críticas revelam desafios persistentes. Revisões sistemáticas e metanálises destacam o potencial terapêutico de modalidades como acupuntura, yoga e mindfulness, sobretudo na abordagem de dores crônicas, ansiedade e condições relacionadas ao estresse (Greco et al., 2021). Ainda assim, conforme apontam Folsom et al. (2021), a base de evidências permanece heterogênea, com limitações metodológicas relacionadas ao desenho dos estudos, ao tamanho das amostras e aos instrumentos de avaliação dos resultados. Algumas práticas continuam sendo alvo de questionamentos quanto à sua eficácia clínica e custo-efetividade, e o debate sobre seu lugar nas políticas públicas baseadas em evidências permanece em aberto. Esses fatores reforçam a necessidade de avaliar não apenas os impactos clínicos das PICS, mas também as condições estruturais, legais e organizacionais sob as quais são institucionalizadas e ampliadas nos sistemas públicos de saúde (Haun et al., 2022).

Nesse cenário, o Brasil se apresenta como um campo fértil para a inovação na implementação das PICS. A natureza descentralizada da governança do SUS confere aos municípios relativa autonomia para adaptar e expandir essas práticas conforme suas necessidades e capacidades locais, conforme previsto na legislação vigente (Brasil, 2002). Essa flexibilidade tem gerado modelos diversos de implementação, que vão desde iniciativas-piloto isoladas até políticas municipais mais abrangentes. No entanto, como destacam Jeitler et al. (2024) e Steel et al. (2024), a maioria das pesquisas existentes ainda se concentra em aspectos clínicos, percepções de usuários ou avaliações pontuais de serviços, o que oferece uma visão limitada sobre os arranjos institucionais e de governança. Há, portanto, uma

demanda crescente por estudos que adotem uma abordagem sistêmica e avaliem como as PICS se inserem no funcionamento rotineiro das estruturas públicas de saúde — especialmente em cidades de médio porte, onde a experimentação e a inovação tendem a ser mais viáveis.

Este artigo analisa a institucionalização das PICS em Sorocaba, com foco nos aspectos legais, organizacionais, tecnológicos e de governança envolvidos na implementação do Projeto Saúde Ativa II (2023–2024). A análise adota o modelo STEEPLE — Social, Tecnológica, Econômica, Ambiental, Política, Legal e Ética — como ferramenta multidimensional para avaliar a sustentabilidade de políticas públicas em saúde (Hines; Bishop, 2015; Burke, 2021). O objetivo é gerar subsídios para outros municípios e fortalecer estratégias de integração das PICS no SUS.

Apesar dos avanços, persistem questões fundamentais: (i) quais os efeitos das PICS sobre indicadores clínicos e o uso de serviços; (ii) que barreiras dificultam sua transição de projetos-piloto para políticas estruturadas; e (iii) como a governança adaptativa pode sustentar esses programas em cenários de restrição fiscal. Ao explorar essas questões, o estudo contribui para o campo da implementação de políticas em saúde e oferece orientações práticas para gestores públicos interessados em estruturar e ampliar as PICS de forma institucional, sustentável e alinhada às capacidades locais.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo adota um delineamento qualitativo, descritivo e exploratório, com foco na análise da implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no município de Sorocaba, por meio do Projeto Saúde Ativa II. A escolha pelo estudo de caso instrumental baseou-se na necessidade de compreender dinâmicas institucionais e contextuais que influenciam a formulação e execução de políticas públicas em saúde (Pyo et al., 2024; Stake, 1995).

A coleta de dados foi realizada por meio de análise documental, que incluiu: (i) a Lei Municipal nº 13.068/2024, que institucionaliza as PICS em Sorocaba; (ii) o projeto técnico do Saúde Ativa II; (iii) relatórios técnicos e operacionais até fevereiro de 2025; e (iv) registros de reuniões e comunicações institucionais entre gestores e executores do projeto, obtidos em plataformas digitais (Câmara Municipal de Sorocaba, 2024; Prefeitura de Sorocaba, 2024).

Os documentos foram selecionados com base em três critérios: (a) origem institucional — apenas materiais emitidos por órgãos públicos ou parceiros oficiais; (b) relevância — conteúdos que tratassem diretamente da formulação, implementação ou avaliação das PICS; e (c) recorte temporal — produção entre setembro de 2023 e fevereiro de 2025.

A análise seguiu os procedimentos da análise de conteúdo temática, conforme Bardin (2011), em três etapas: pré-análise, codificação e categorização, e interpretação. Os dados foram lidos de forma flutuante, organizados por tipo e data, codificados manualmente por similaridade semântica e agrupados em categorias como “governança digital”, “engajamento comunitário” e “acesso e equidade”.

As categorias foram alinhadas às dimensões do modelo STEEPLE — Social, Tecnológica, Econômica, Ambiental, Política, Legal e Ética (Hines; Bishop, 2015; Burke, 2021) — o que permitiu uma leitura multidimensional dos fatores de sustentabilidade, legitimidade institucional e potencial de replicabilidade da política, com triangulação de fontes por meio do cruzamento de informações entre relatórios, atas e comunicações institucionais.

A pesquisa utilizou exclusivamente documentos de domínio público ou com autorização institucional. Não houve coleta de dados pessoais, e os princípios éticos foram seguidos conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a ausência de indicadores quantitativos consolidados, o que restringe a avaliação objetiva da relação custo-efetividade e dos desfechos clínicos. Ainda assim, os resultados oferecem uma base para investigações futuras que adotem desenhos de métodos mistos, avaliações econômicas e análises longitudinais voltadas ao aprimoramento e à replicação de intervenções em saúde integrativa no contexto do SUS.

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1 Marco legal e participação comunitária**

A institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) em Sorocaba foi formalizada por meio da Lei Municipal nº 13.068/2024, aprovada pela Câmara Municipal e sancionada pelo Poder Executivo em fevereiro de 2024. Essa legislação consolidou a política local de PICS como um componente permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, a partir da implementação de um modelo integrado de atenção em fisioterapia, que articula práticas como yoga e pilates com atendimentos nutricionais e exames de imagem, ampliando a oferta terapêutica em um arranjo intersetorial voltado ao cuidado integral (Prefeitura de Sorocaba, 2024).

A Lei Municipal nº 13.068/2024 constituiu o principal marco jurídico para a consolidação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como política pública permanente no município de Sorocaba. Sua promulgação representou um avanço institucional ao incorporar formalmente as PICS ao Sistema Único de Saúde (SUS) local, por assegurar segurança jurídica, diretrizes normativas e parâmetros concretos para a organização e continuidade dos serviços.

A proposta técnica do Projeto Saúde Ativa II, nesse contexto, configurou-se como principal instrumento de materialização dessa legislação. Elaborado para operacionalizar as determinações legais, o documento detalhou objetivos estratégicos, critérios de elegibilidade e mecanismos de alocação de recursos, vinculando a execução orçamentária à sustentabilidade dos serviços (Prefeitura de Sorocaba, 2024). O aporte de R\$ 1,35 milhão — proveniente de emenda parlamentar — viabilizou a expansão das ações iniciadas na fase piloto, e permitiu a contratação de profissionais especializados e a aquisição de equipamentos (Prefeitura de Sorocaba, 2024).

Embora originada na Secretaria Municipal da Saúde, a proposição legal percorreu as comissões técnicas da Câmara Municipal — Saúde, Finanças e Justiça — onde recebeu pareceres e foi objeto de deliberação entre gestores, parlamentares e representantes da área da saúde. Documentos institucionais demonstram que a construção da proposta incorporou contribuições de profissionais das PICS e equipes da atenção básica, especialmente aquelas envolvidas na fase piloto, em uma lógica de governança participativa (Câmara Municipal de Sorocaba, 2025).

Ao articular base legal, planejamento técnico e diretrizes operacionais, o município estabeleceu as condições estruturantes para a implementação da política, em consonância com as dimensões Política, Legal e Institucional do modelo STEEPLE (Hines; Bishop, 2015; Burke, 2021).

### 3.2 Implementação Operacional e Oferta de Serviços

A operacionalização do Projeto Saúde Ativa II envolveu a ampliação e a integração das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) à rede municipal de saúde já existente, com foco na acessibilidade, na continuidade do cuidado e na coordenação interdisciplinar. Os atendimentos foram realizados em unidades de atenção primária e de espaços comunitários vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, em consonância com a Estratégia Saúde da Família vigente no Brasil.

Três modalidades de PICS foram implementadas formalmente: ginástica em grupo, yoga e Pilates, selecionadas com base em sua aplicabilidade em contextos coletivos, aderência às diretrizes de promoção da saúde e capacidade de complementar os fluxos clínicos assistenciais. Essas práticas foram integradas a serviços convencionais como ortopedia, fisioterapia, nutrição e exames diagnósticos, para reforçar os modelos de cuidado integral.

Entre setembro de 2023 e fevereiro de 2025, o programa registrou:

2.880 sessões de fisioterapia

840 consultas nutricionais

590 sessões de reflexologia

1.230 participantes inscritos na ginástica em grupo

330 participantes no Pilates

210 participantes no yoga

Esses números refletem tanto intervenções clínicas quanto atividades voltadas ao bem-estar, e evidenciam a escala da oferta de PICS no contexto municipal. A contratação dos profissionais baseou-se na habilitação legal, na experiência prévia com facilitação de grupos e na aderência aos princípios do cuidado integrativo. As sessões de PICS foram agendadas por meio do sistema público de saúde, o que assegurou acesso equitativo, especialmente para usuários com condições crônicas ou limitações funcionais.

A integração dos serviços foi viabilizada por protocolos digitais de encaminhamento inseridos no sistema eletrônico de prontuário do município. Profissionais de diferentes áreas puderam comandar planos de cuidado e encaminhar usuários para as PICS conforme objetivos terapêuticos. Por exemplo, pacientes em reabilitação ortopédica podiam ser direcionados para aulas de Pilates em grupo como intervenção complementar, enquanto indivíduos com sintomas relacionados ao estresse eram priorizados para atividades de yoga e mindfulness.

Apesar do êxito do programa em atingir suas metas de cobertura, foram identificados desafios durante a implementação. Destacam-se a limitação de espaços físicos para atividades coletivas em algumas unidades básicas, a variabilidade nos critérios de encaminhamento entre as equipes e dificuldades no monitoramento da adesão dos usuários, devido à ausência de ferramentas integradas de controle de frequência. Para mitigar essas questões, foram realizados ajustes operacionais durante as revisões trimestrais de planejamento, como o remanejamento de sessões para centros comunitários e a padronização dos procedimentos de acolhimento.

De modo geral, a experiência de implementação das PICS em Sorocaba demonstrou a viabilidade de incorporar práticas complementares à rotina dos serviços públicos de saúde. Os dados revelam uma forte coerência entre o desenho do projeto e os princípios de acessibilidade, integralidade e cuidado interdisciplinar. Recomenda-se que futuras avaliações aprofundem os desfechos dos usuários e a relação custo-efetividade, com base na infraestrutura operacional consolidada nesta fase.

### 3.3 Inovações Tecnológicas e de Engajamento Comunitário

O Projeto Saúde Ativa II, em Sorocaba, incorporou de forma estratégica ferramentas digitais e mecanismos de engajamento comunitário para operacionalizar a oferta das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na rede de atenção primária. Essas inovações alinharam-se às diretrizes nacionais de governança da saúde digital e do cuidado participativo, reforçando os princípios de universalidade, acessibilidade e continuidade do cuidado no âmbito do SUS.

Do ponto de vista tecnológico, o programa adotou um sistema eletrônico de prontuário baseado em nuvem, implantado para integrar os dados das PICS aos demais serviços da atenção primária. Essa infraestrutura digital permitiu às equipes multidisciplinares coordenar o cuidado, acompanhar as trajetórias dos usuários e apoiar a tomada de decisão baseada em dados. No entanto, limitações relacionadas à interoperabilidade do sistema e à rastreabilidade incompleta das sessões de PICS entre diferentes unidades restringiram a capacidade analítica mais ampla — um desafio destacado na análise STEEPLE, no âmbito da dimensão Tecnológica. Esse investimento assegurou a continuidade das ações iniciadas na fase piloto, incluindo a contratação de profissionais especializados e a aquisição de equipamentos essenciais, conforme registrado no segundo relatório operacional emitido pela Secretaria Municipal da Saúde (Câmara Municipal de Sorocaba, 2024).

Paralelamente, o projeto implementou estratégias digitais de comunicação para ampliar o engajamento e a acessibilidade dos usuários. Canais oficiais em plataformas como Instagram e WhatsApp foram utilizados para divulgação de serviços, lembretes de agendamento e conteúdos de educação em saúde. Essas ferramentas desempenharam papel central na mobilização da comunidade e no estímulo à participação, especialmente entre os públicos mais jovens e conectados digitalmente. Os indicadores de engajamento, monitorados pela equipe de implementação, demonstraram alta responsividade dos usuários às postagens e disparos de mensagens, permitindo ajustes nas estratégias de comunicação em tempo real (Prefeitura de Sorocaba, 2024).

O projeto também investiu em práticas de engajamento comunitário presencial. As unidades de atenção primária promoveram eventos regulares de promoção da saúde, como oficinas ao ar livre, semanas temáticas e demonstrações de terapias integrativas. Essas atividades funcionaram tanto como espaços educativos quanto como oportunidades de diálogo, em que os usuários puderam expressar demandas e oferecer feedback informal. Agentes comunitários de saúde e assistentes sociais desempenharam papel fundamental na organização e mediação dessas ações, sobretudo em territórios marcados por vulnerabilidade socioeconômica.

A combinação dessas estratégias contribuiu para superar resistências iniciais às PICS, observadas nas fases anteriores do projeto, e ampliou o acesso entre populações ainda pouco familiarizadas com tais práticas. Além disso, favoreceu uma abordagem mais centrada na pessoa, com o fortalecimento da autonomia e a confiança dos usuários — elementos centrais à dimensão Ética do modelo STEEPLE.

De forma geral, a integração entre inovações tecnológicas e ações de base comunitária sustentou a implementação do projeto, além de ter promovido práticas de cuidado inclusivas e sustentáveis.

### 3.4 Estratégias de Governança e Gestão Adaptativa

A governança do Projeto Saúde Ativa II, em Sorocaba, caracterizou-se por uma estrutura flexível e multinível, que integrou autoridades municipais de saúde, unidades de atenção primária e profissionais de diversas especialidades. Em vez de seguir um modelo centralizado e burocrático, o projeto adotou uma lógica de gestão descentralizada, que

valorizou a tomada de decisão iterativa, ciclos contínuos de feedback e a divisão compartilhada de responsabilidades entre os atores envolvidos. Essa abordagem permitiu ajustes rápidos diante de desafios operacionais, como variações na demanda por serviços e na disponibilidade de equipe — características-chave da governança adaptativa.

Uma das inovações do projeto foi a incorporação de princípios da gestão ágil, inspirados na metodologia Scrum. Originalmente desenvolvida para o setor de tecnologia, a metodologia foi adaptada para estruturar ciclos semanais de definição de metas, execução de tarefas e revisão retrospectiva pelas equipes de implementação. Essa estratégia promoveu uma cultura de melhoria contínua, resolução colaborativa de problemas e resposta ágil a gargalos logísticos e institucionais, em consonância com os valores e práticas ágeis consolidados na literatura internacional (Machado e Medina, 2007; Schwaber e Sutherland, 2020).

Reuniões de coordenação ocorreram regularmente entre os gestores do projeto e os representantes das unidades de atenção primária, o que permitiu alinhar os objetivos estratégicos às operações em campo. Esses encontros também serviram como espaços de planejamento colaborativo e definição de responsabilidades com base nas necessidades observadas em tempo real. Em regiões com maior vulnerabilidade socioeconômica, a equipe ampliou o horário de atendimento ou transferiu atividades em grupo para outros locais, com o objetivo de melhorar a acessibilidade e reduzir a evasão dos usuários.

Além disso, foram estabelecidos circuitos informais de feedback por meio da comunicação direta entre profissionais da linha de frente e os coordenadores do projeto, muitas vezes mediada por plataformas digitais. As informações obtidas nesses contatos subsidiaram ajustes técnicos, como a otimização de agendas, redistribuição de recursos e elaboração de conteúdos para capacitação. Essas práticas refletem uma cultura organizacional orientada à aprendizagem e à adaptação, na qual as decisões são continuamente recalibradas em resposta às dinâmicas do território.

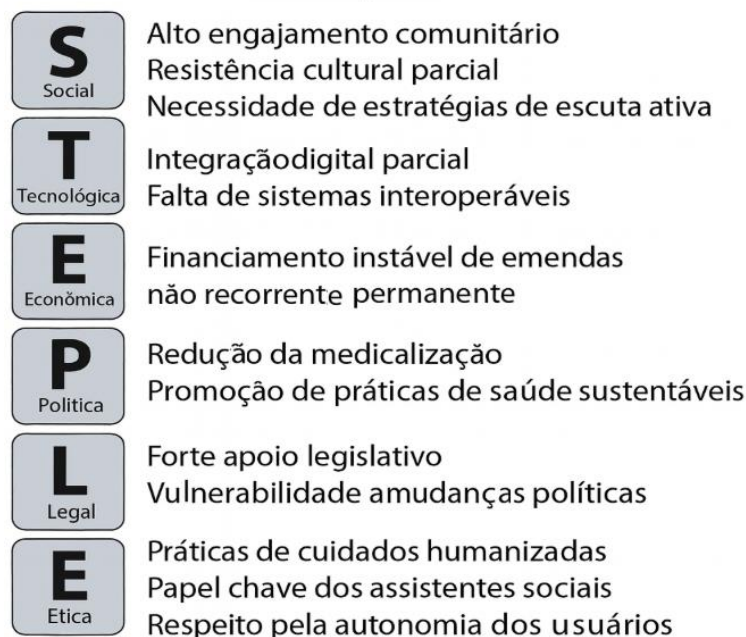
O modelo de governança observado no Saúde Ativa II exemplifica elementos centrais das dimensões Política, Legal e Ética do modelo STEEPLE. Do ponto de vista político, evidenciou capacidade de articulação institucional e responsividade; do ponto de vista legal, assegurou conformidade com o marco regulatório estabelecido pela Lei Municipal nº 13.068/2024; e, do ponto de vista ético, priorizou a transparência, a equidade e o cuidado centrado no usuário como lógica operacional. O uso de estratégias de gestão adaptativa reforçou a sustentabilidade do programa e oferece lições relevantes para outros municípios interessados em institucionalizar as PICS no âmbito do SUS, mesmo sob condições de incerteza e restrição de recursos.

### 3.5 Sustentabilidade Multidimensional: Uma Análise STEEPLE

Como etapa complementar na análise dos desafios e oportunidades do Projeto Saúde Ativa II, esta seção aplica o modelo STEEPLE — que abrange as dimensões Social, Tecnológica, Econômica, Ecológica, Política, Legal e Ética — para avaliar, de forma integrada, os fatores que influenciam a sustentabilidade da iniciativa. Esse referencial prospectivo permite identificar vulnerabilidades críticas e formular ações estratégicas voltadas à consolidação, ampliação e replicabilidade do modelo no âmbito do SUS, especialmente em contextos do Sul Global.

A análise baseada no modelo STEEPLE é sintetizada na Figura 1, que destaca os principais fatores de sustentabilidade identificados em cada dimensão estratégica.

# Steeple



**Figura 1:** Análise STEEP aplicada ao Projeto Saúde Ativa II.  
**Fonte:** Autor (2025)

## Dimensão Social

A participação comunitária nas PICS — especialmente nas práticas de yoga, pilates e atividades físicas em grupo — reforça seu potencial de aceitação como instrumentos de autocuidado e bem-estar. No entanto, a persistente resistência cultural entre usuários e profissionais ainda representa um obstáculo relevante à consolidação das PICS como componente estrutural da atenção primária. Recomenda-se a adoção de estratégias educativas intersetoriais, capacitações em serviço e campanhas públicas baseadas em evidências para reposicionar as PICS como práticas legítimas no escopo do SUS.

## Dimensão Tecnológica

A digitalização parcial — por meio de ferramentas como o sistema de prontuário digital Clínica nas Nuvens e as redes sociais institucionais — contribuiu para a modernização da gestão e o fortalecimento do engajamento comunitário. Contudo, a fragmentação dos sistemas de informação dificultou a rastreabilidade do cuidado e comprometeu o monitoramento de desfechos em longo prazo. Para enfrentar esse desafio, recomenda-se o desenvolvimento de plataformas interoperáveis que integrem agendamento, prontuário eletrônico e rastreamento das PICS, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

## Dimensão Econômica

A implementação inicial do projeto foi viabilizada por financiamento legislativo não recorrente. No entanto, o caráter transitório dessa fonte de recursos introduz instabilidade. A sustentabilidade econômica de longo prazo dependerá da incorporação das PICS ao orçamento regular da saúde municipal, com linhas orçamentárias específicas, metas vinculadas ao desempenho e monitoramento contínuo. Estudos futuros de custo-efetividade serão essenciais para orientar esse processo e fundamentar a alocação de recursos com base em evidências e na eficiência do gasto público.

### Dimensão Ecológica

Ainda que de forma indireta, as PICS alinham-se a princípios ecológicos ao promover a prevenção de doenças, reduzir a medicalização excessiva e envolver práticas de baixo impacto ambiental. Ao contribuir para o uso racional de exames diagnósticos e procedimentos hospitalares, o projeto reforça um modelo de saúde sustentável, coerente com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

### Dimensão Política

O forte respaldo legislativo e o processo participativo que culminou na promulgação da Lei Municipal nº 13.068/2024 conferiram legitimidade institucional à política. No entanto, sua continuidade requer mecanismos de proteção frente a mudanças político-administrativas. Recomenda-se o fortalecimento de instâncias de controle social e a criação de estruturas de governança multinível para garantir a estabilidade da política, independentemente de alternâncias no poder público.

### Dimensão Legal

O marco regulatório municipal constitui um diferencial estratégico, ao fornecer segurança jurídica e diretrizes operacionais para a implementação da política. A vinculação das PICS à Política Municipal de Saúde e à atenção primária reforça sua legitimidade e aderência às diretrizes nacionais — configurando uma prática replicável em outros municípios.

### Dimensão Ética

O projeto seguiu elevados padrões éticos, incluindo o uso de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), escuta ativa, confidencialidade dos dados e cuidado centrado na pessoa. O protagonismo do assistente social e a transparência nas ações públicas reforçaram o respeito à autonomia e à dignidade dos usuários, consolidando a dimensão ética como pilar fundamental da legitimidade da iniciativa.

## 3.6 Impactos Observados e Lacunas Críticas

O Projeto Saúde Ativa II apresentou resultados relevantes que extrapolam o volume de atendimentos, ao fomentar o engajamento dos usuários, a integração entre equipes e o aprendizado institucional. Ao estruturar a integração das PICS com base em diretrizes institucionais e assistenciais, o programa reforçou a conformidade com os princípios organizativos do SUS e ampliou a abrangência dos modelos de cuidado ofertados.

Entre os principais avanços, destacam-se a ampliação da acessibilidade em áreas vulneráveis e o fortalecimento dos vínculos com a comunidade. Oficinas presenciais e ações em mídias digitais ampliaram o alcance das PICS e estimularam a participação de usuários antes alheios a essas práticas. Esses resultados reforçaram a confiança na rede pública e viabilizaram estratégias culturalmente sensíveis, em consonância com as dimensões Ética e Social do modelo STEEPLE.

Apesar dos progressos, o projeto revelou lacunas estruturais. A ausência de indicadores clínicos e métricas de custo-efetividade comprometeu o monitoramento dos desfechos terapêuticos e a rastreabilidade das trajetórias de cuidado. O sistema de prontuário eletrônico não permitiu análises longitudinais consistentes sobre efetividade e eficiência.

A sustentabilidade financeira também permanece indefinida. O financiamento inicial, viabilizado por emenda parlamentar específica (R\$ 1,35 milhão), não se converteu em dotação orçamentária permanente, o que compromete a sustentabilidade a longo prazo e gera dependência de ciclos políticos diante de mudanças na gestão.

Além disso, a falta de mecanismos comparativos ou benchmarks externos dificultou a avaliação relativa da experiência de Sorocaba. A adoção de protocolos formais, baseados em métodos mistos e indicadores transferíveis, permitiria ampliar o potencial de replicação.

Em síntese, o projeto avançou na institucionalização das PICS no SUS local, mas requer melhorias nos mecanismos de avaliação, sustentabilidade e formulação de políticas orientadas por evidências — condições essenciais para sua expansão em outros contextos..

#### 4. DISCUSSÃO

Esta seção examina criticamente os principais achados do Projeto Saúde Ativa II, com base nas evidências científicas disponíveis e nos referenciais teóricos adotados, notadamente o modelo STEEPLE. A experiência de Sorocaba representa um avanço institucional na consolidação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) como parte da atenção primária, embora também revele fragilidades operacionais e desafios de sustentabilidade.

A participação da comunidade nas atividades corporais e nas terapias evidencia o potencial dessas práticas para ampliar o acesso e estimular o autocuidado. Esse resultado é consistente com estudos que apontam efeitos positivos das PICS sobre dor crônica, bem-estar e qualidade de vida (Greco et al., 2021), além de reforçar orientações da Organização Mundial da Saúde sobre a incorporação progressiva dessas abordagens nos sistemas nacionais de saúde (Who, 2013). O aumento da aceitação popular também encontra respaldo em estudos que registram crescimento da legitimidade social das medicinas tradicionais em contextos ocidentais (Huemer et al., 2024).

Do ponto de vista institucional, a combinação entre legislação municipal, financiamento público inicial e processos participativos demonstra a relevância de arranjos locais de governança para a institucionalização de inovações em saúde. Conforme argumentam Hilton et al. (2019), marcos normativos específicos favorecem a estabilidade programática, sobretudo quando associados à integração de dados e à qualificação técnica das equipes (Steel et al., 2024).

Ainda que o projeto tenha avançado em sua proposta, sua implementação plena foi limitada por entraves estruturais, especialmente no campo da informação em saúde. Dificuldades para interoperar sistemas e a fragmentação dos registros dificultaram o acompanhamento das trajetórias terapêuticas e a análise de desfechos clínicos. Esse tipo de limitação já foi descrito por estudos nacionais e internacionais em projetos semelhantes, mesmo quando institucionalmente apoiados (Haun et al., 2022; Brasil, 2015).

Outro ponto crítico foi a dependência de emenda parlamentar pontual, sem previsão orçamentária estruturada. Essa instabilidade financeira compromete a continuidade das ações e reflete um padrão recorrente em políticas locais de inovação em saúde (Savaris et al., 2019; Jeitler et al., 2024).

Ainda assim, o projeto demonstrou capacidade de adaptação diante de desafios operacionais. A redefinição de metas, o redesenho de atividades e a redistribuição de recursos permitiram respostas ágeis às demandas do território. Esses elementos são característicos de modelos de governança adaptativa, nos quais decisões estratégicas são ajustadas em tempo real com base em evidências contextuais. O fortalecimento das relações entre profissionais e usuários, especialmente mediado por ações educativas e canais digitais, reforça esse processo (Schveitzer, Pereira e Fogaça, 2024).

A aplicação do modelo STEEPLE permitiu captar essas dinâmicas de forma ampliada. Ao contemplar sete dimensões — social, tecnológica, econômica, ambiental, política, legal e ética — o referencial possibilitou identificar condicionantes institucionais e sugerir estratégias

escaláveis para políticas de saúde integrativa. Referenciais similares, como o CITE, também têm sido utilizados para combinar saberes tradicionais e evidências contemporâneas na formulação de políticas públicas (Steel et al., 2024).

O contexto internacional contribui para essa reflexão. A institucionalização progressiva das medicinas tradicionais e complementares em sistemas públicos da América Latina e Europa — como demonstrado por Piexak et al. (2025) — reforça a necessidade de consolidar abordagens integrativas com base legal, suporte técnico e mecanismos de avaliação contínua.

Em síntese, os resultados de Sorocaba demonstram que experiências locais de integração das PICS podem gerar efeitos positivos sobre o acesso, a qualidade e a coordenação do cuidado. No entanto, sua sustentabilidade depende de três elementos fundamentais: planejamento normativo de longo prazo, infraestrutura tecnológica interoperável e avaliação sistemática de impactos. Essa combinação constitui a base para replicar modelos semelhantes em municípios de perfil e capacidade comparáveis, contribuindo para a efetivação dos princípios do SUS em contextos diversos.

## 5. CONCLUSÃO

Este estudo analisou a experiência do município de Sorocaba na institucionalização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), a partir da implementação do Projeto Saúde Ativa II e do marco legal estabelecido pela Lei Municipal nº 13.068/2024. A aplicação do modelo STEEPLE permitiu identificar fatores estruturantes, desafios e condições favoráveis à consolidação das PICS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os resultados indicam que a combinação entre legislação municipal, planejamento técnico-operacional, financiamento inicial e integração digital contribuiu para ampliar o acesso e qualificar a oferta de práticas integrativas, com potencial para fortalecimento da atenção primária. Também se observou aumento do engajamento dos usuários, incorporação de práticas de cuidado mais sensíveis ao contexto local e estímulo à atuação interdisciplinar.

Apesar dos avanços, foram identificadas lacunas, como a ausência de indicadores clínicos sistematizados, a fragilidade na sustentabilidade orçamentária e a limitação da interoperabilidade entre sistemas de informação. Esses elementos comprometem o monitoramento de desfechos e a avaliação longitudinal da efetividade das intervenções.

A experiência de Sorocaba oferece subsídios relevantes para outros municípios que buscam incorporar as PICS em seus sistemas locais de saúde. Entretanto, a consolidação dessas iniciativas requer a articulação contínua entre instrumentos legais, mecanismos estáveis de financiamento, capacitação das equipes e estratégias de avaliação robustas.

Futuras investigações poderão explorar abordagens metodológicas mistas, incluindo análises econômicas e estudos comparativos entre municípios, com vistas a ampliar o conhecimento sobre os efeitos das PICS nos resultados em saúde e sua viabilidade como política pública sustentável no SUS.

## 6. REFERÊNCIAS

**BARDIN, L.** Análise de conteúdo. 1. ed. Lisboa: Edições 70, 2011. 280 p.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Legislação do SUS: textos básicos. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf). Acesso em: 13 jul. 2025.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2025.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html). Acesso em: 8 abr. 2025.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_praticas\\_integrativas\\_complementares\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_praticas_integrativas_complementares_2ed.pdf). Acesso em: 8 abr. 2025.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-849-de-27-de-marco-de-2017-180266253>. Acesso em: 8 abr. 2025.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1542318](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1542318). Acesso em: 8 abr. 2025.

**BURKE, R.** Anticipatory action learning, leadership, strategy and foresight: Creating a successful future while enhancing results today. *Journal of Futures Studies*, v. 25, n. 3, p. 85–92, 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.6531/JFS.202103\\_25\(3\).0008](https://doi.org/10.6531/JFS.202103_25(3).0008). Acesso em: 14 jul. 2025.

**CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA.** Processo Legislativo nº 279654 – Projeto de Lei nº 13.068/2024. Disponível em: <https://sorocaba.camarasempapel.com.br/processo.aspx?id=279654>. Acesso em: 13 jul. 2025.

**FOLSOM, S. et al.** Implementing Telehealth Music Therapy Services in an Integrative Oncology Setting: A Case Series. *Integrative Cancer Therapies*, v. 20, 15347354211053647, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/15347354211053647>. Acesso em: 14 jul. 2025.

**GRECO, C. M. et al.** The design and methods of the OPTIMUM study: A multisite pragmatic randomized clinical trial of a Telehealth group mindfulness program for persons with chronic low back pain. *Contemporary Clinical Trials*, v. 109, out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106545>.

**HAUN, J. N. et al.** Preliminary Evidence on the Association of Complementary and Integrative Health Care Program Participation and Medical Cost in Veterans. *Military Medicine*, v. 188, n. 7/8, p. e1508–e1514, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/milmed/usab567>. Acesso em: 14 jul. 2025.

**HILTON, L. G. et al.** Evaluation of an Integrative Post-Traumatic Stress Disorder Treatment Program. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, v. 25, n. S1, p. S147–S152, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/acm.2018.0424>. Acesso em: 14 jul. 2025.

**HINES, A.; BISHOP, P. J.** Thinking About the Future: Guidelines for Strategic Foresight. 1st ed. Hinesight: Houston, 2015. 448 p.

**HUEMER, M. et al.** Mapping the clinical practice of traditional, complementary and integrative medicine in oncology in Western countries: A multinational cross-sectional survey. *Journal of Integrative Medicine*, v. 22, n. 1, p. 64–71, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.joim.2023.12.002>.

**JEITLER, M. et al.** Use and acceptance of traditional, complementary and integrative medicine in Germany—an online representative cross-sectional study. *Frontiers in Medicine*, v. 11, 1372924, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1372924>. Acesso em: 14 jul. 2025.

**MACHADO, M.; MEDINA, S. G.** SCRUM – Método Ágil: uma mudança cultural na Gestão de Projetos de Desenvolvimento de Software. *Revista de Sistemas de Informação da FSMA*, n. 1, p. 58–64, 2007. Disponível em: [https://uniesp.edu.br/sites/\\_biblioteca/revistas/20170531154126.pdf](https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170531154126.pdf). Acesso em: 13 jul. 2025.

**PIEXAK, D. R. et al.** Prevalence of Traditional, Complementary, and Integrative Medicine Training, Its Different Practices, and Associated Sociodemographic Factors: A Study with Brazilian Nurses. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*, v. 31, n. 5, p. 454–462, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jicm.2024.0398>. Acesso em: 14 jul. 2025.

**PREFEITURA DE SOROCABA.** Secretaria da Saúde. Relatório Operacional nº 02/2024 – Projeto Saúde Ativa II. Sorocaba: Secretaria da Saúde, 2024. Documento interno não publicado.

**PYO, J. et al.** Qualitative research in healthcare: Necessity and characteristics. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, v. 56, n. 1, p. 12, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3961/jpmph.22.451>. Acesso em: 14 jul. 2025.

**RIBEIRO, L. G.; MARCONDES, D.** The interface between primary health care and integrative and complementary practices in SUS. *APS em Revista*, v. 3, n. 2, p. 102–109, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.185>. Acesso em: 14 jul. 2025.

**SAVARIS, L. E. et al.** Práticas integrativas e complementares: análise documental e o olhar de profissionais da saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 32, p. 1–12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.9439>. Acesso em: 14 jul. 2025.

**SCHVEITZER, M. C.; PEREIRA, E. C.; FOGAÇA, L. Z.** Integrative Care Model of Complementary Therapies and Humanizing Practices in Primary Health Care: Qualitative Meta-synthesis. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, v. 30, n. 5, p. 44–52, 2024. PMID: 38819185.

**SCHWABER, K.; SUTHERLAND, J.** The Scrum Guide™: The Definitive Guide to Scrum – The Rules of the Game. Scrum.org, 2020. Disponível em: <https://scrumguides.org/scrum-guide.html>. Acesso em: 13 jul. 2025.

**STAKE, R. E.** *The Art of Case Study Research*. 1st ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1995. 192 p.

**STEEL, A. et al.** Designing the Contemporary Implementation of Traditional Knowledge and Evidence (CITE) framework: A Delphi study. *Evidence & Policy*, p. 1–23, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1332/17442648Y2024D000000037>. Acesso em: 14 jul. 2025.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO** Traditional Medicine Strategy: 2014–2023. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>. Acesso em: 8 abr. 2025.

**ZANELLA, C. A. et al.** Mundialização do capital e política de saúde: desafios para as práticas integrativas e complementares no SUS. *Revista de Políticas Públicas*, v. 20, n. 1, p.

103–120, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.18764/2178-2865.v20n1p103-120>. Acesso em: 14 jul. 2025.