

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA**

LUCIANA ROSA FRANÇA

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO
DA UFES: UMA SITUAÇÃO POSSÍVEL? UMA PESQUISA DE
OPINIÃO COM OS SERVIDORES**

**VITÓRIA
2017**

LUCIANA ROSA FRANÇA

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO
DA UFES: UMA SITUAÇÃO POSSÍVEL? UMA PESQUISA DE
OPINIÃO COM OS SERVIDORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública, na área de Gestão de Operações no Setor Público.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marilene Olivier Ferreira de Oliveira.

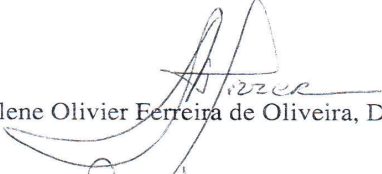
**VITÓRIA
2017**


**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO DA
UFES: UMA SITUAÇÃO POSSÍVEL? UMA PESQUISA DE OPINIÃO COM OS
SERVIDORES**

Luciana Rosa França

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública da Universidade Federal do Espírito Santo como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em 13 de março de 2017 por:


Marilene Olivier Ferreira de Oliveira, DSc – UFES – Orientadora


Simone da Costa Fernandes, DSc – UFES


Attilio Provedel, DSc – UFES

Dedico este trabalho em primeiro lugar à Deus que me faz crer todos os dias que não há o impossível quando se tem fé e perseverança. Ao meu filho Bruno Antônio, razão que me motiva a seguir em frente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela luz e pela fé que me conforta e faz acreditar a cada novo dia que sou capaz de conquistar o que penso ser impossível.

Aos meus pais Rui França e Zilda França, meu marido e demais familiares em compreender a ausência nos momentos de celebração em família e pelo apoio importante nesta fase.

Ao meu filho Bruno Antônio por entender os momentos de angústia da mãe.

Ao Diretor do CCHN professor Dr. Renato Rodrigues Neto e as servidoras Cristiane Bicalho Belmock Pedruzzi e Katia Dyana da Fonseca que colaboraram para a concessão da licença tornando possível a total dedicação à essa pesquisa.

À minha orientadora, professora Dra. Marilene Olivier Ferreira de Oliveira, que prontamente aceitou meu convite, sua generosidade e paciência em compartilhar seus conhecimentos e aprimorar o resultado deste trabalho.

Aos membros da banca professora Dr^a. Simone da Costa Fernandes e ao professor Dr. Attilio Provedel por aceitarem participar e contribuir com suas observações e sugestões para o enriquecimento do trabalho.

A todos os servidores da Ufes que disponibilizaram uma parte de seu tempo em responder o questionário, essencial para o desenvolvimento do trabalho.

Agradeço a Marina pelo incentivo e sugestões no decorrer desta caminhada acadêmica.

Enfim, agradeço a todos que incentivaram e contribuíram de alguma maneira para mais esse encerramento de uma etapa importante em minha vida, a conclusão do mestrado!

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo verificar qual o interesse dos servidores da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) nas práticas integrativas e complementares (PICs) e terapias alternativas, bem como qual a possibilidade da implementação de tais modalidades para os integrantes do quadro funcional da instituição. No que tange à tipologia da pesquisa, foram utilizadas as formas descritiva e bibliográfica. Sob o viés qualitativo, efetuou-se a pesquisa bibliográfica sobre o tema e foi realizada a entrevista semiestruturada com a Pró-Reitora da Proreitoria de Extensão (Proex), por meio da qual foi possível identificar o interesse em projetos com as características da pesquisa. Houve também uma abordagem quantitativa, com a utilização de um questionário elaborado na plataforma Google Docs, cujo retorno compôs a amostra de docentes e técnicos administrativos, que serviram de base para o cálculo de estatísticas, destacando-se o Teste Exato de Fisher. Após as análises, os resultados permitiram dizer que há interesse dos servidores em terapias, sobretudo em modalidades como meditação, yoga, reiki entre outras. Em relação a possibilidade da implementação das práticas, percebeu-se que projetos de cunho extensivo tem boa receptividade na Proex, como ponto inicial para desenvolver ações que tenham essa finalidade para os servidores. Ao final foram apresentadas sugestões de dois projetos implementados em outras instituições federais e que podem ser referências para os gestores responsáveis por políticas que promovam bem-estar e qualidade de vida para os servidores da UFES.

Palavras-chave: Práticas integrativas e complementares, servidores públicos, bem-estar, terapias alternativas, qualidade de vida.

ABSTRACT

This research aimed to verify the interest of the Federal University of Espírito Santo (UFES) employees in integrative and complementary practices (PICs) and alternative therapies, as well as the possibility of implementing such modalities for the members of the university. Regarding the typology of the research, the descriptive and bibliographic forms were used. Under the qualitative bias, the bibliographic research on the subject was carried out and the semi-structured interview with the Pro-Rector of the Extension Pro-rectory (Proex) was carried out, through which it was possible to identify the interest in projects with the characteristics of search. There was also a quantitative approach, with the use of a questionnaire elaborated in the Google Docs platform, whose return composed the sample of teachers and administrative technicians, which served as basis for the calculation of statistics, especially Fisher's Exact Test. After the analysis, the results allowed us to say that there is an interest of the servants in therapies, especially in practices such as meditation, yoga, reiki and others. Regarding the possibility of implementation of the practices, it was noticed that extensive projects have good receptivity in Proex, as a starting point to develop actions that have this purpose for the servers. At the end, suggestions were presented for two projects implemented in other federal institutions and that could be references to managers responsible for policies that promote well-being and quality of life for UFES's servers.

Keywords: Integrative and complementary practices, public servants, well-being, alternative therapies, quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. População e amostra por <i>campus</i> e perfil	26
Tabela 2. Cotas da amostra por <i>campus</i> e perfil.....	27
Tabela 3. Amostra obtida	28

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Gráfico de barras - Perfil.....	54
Gráfico 2. Gráfico de barras – Sexo	55
Gráfico 3. Gráfico de barras – Estado Civil	56
Gráfico 4. Gráfico de barras – Idade	56
Gráfico 5. Gráfico de barras – Escolaridade.....	56
Gráfico 6. Gráfico de barras – Campus.....	57
Gráfico 7. Gráfico de barras – Tempo na instituição	57
Gráfico 8. Conhecimento das PICs	58
Gráfico 9. Interesse nas PICs e outras terapias	59
Gráfico 10. Razão para utilizar as terapias.....	61
Gráfico 11. Razão para não utilizar as terapias.....	61

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1.1 INTRODUÇÃO	11
1.2 CONTEXTO E PROBLEMA	16
1.3 OBJETIVOS	18
1.4 JUSTIFICATIVA	19
1.5 DELIMITAÇÃO	20
CAPÍTULO 2 – MÉTODOS E MATERIAIS	22
2.1 ABORDAGEM E TIPOLOGIA DA PESQUISA	22
2.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	23
2.3 LOCAL/AMOSTRA DA PESQUISA.....	26
2.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	28
CAPÍTULO 3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	32
3.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DAS PICs	35
3.2 IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DAS PICs NO SUS	40
3.3 DEFINIÇÃO DAS TERAPIAS CONFORME PORTARIA Nº 971/2006.....	43
3.4 ESTADO DA ARTE DAS PICs.....	45
3.5 PROJETO AMANHECER NA UFSC.....	51
CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	54
4.1 PERFIL DA AMOSTRA	54
4.2 CONHECIMENTO E INTERESSE PELAS PICs E TERAPIAS	58
4.3 ESTUDO DE ASSOCIAÇÃO.....	63
4.3.1 CONHECIMENTO SOBRE AS TERAPIAS.....	64
4.3.2 INTERESSE PELAS TERAPIAS.....	67
CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
5.1 ASPECTOS RELACIONADOS À PESQUISA.....	71
5.2 SUGESTÕES DE INICIATIVAS NA INSTITUIÇÃO.....	76
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES	85

APÊNDICE A QUESTIONÁRIO ON LINE.....	85
QUESTIONÁRIO.....	86
APÊNDICE B ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PROEX.....	90
APÊNDICE C PROJETOS PROEX.....	91
APÊNDICE D TABELA 4 TABELA DE FREQUÊNCIA/PERFIL.....	95
APÊNDICE E TABELA 5 ESCALA DE CONHECIMENTO DAS PICs.....	96
APÊNDICE F TABELA 6 INTERESSE NAS PICs E DEMAIS TERAPIAS.....	97
APÊNDICE G TABELA 7 TIPO DE TERAPIA A SER DISPONIBILIZADA.....	98
APÊNDICE H TABELA 8 RAZÃO PARA UTILIZAR OU NÃO AS TERAPIAS	100
APÊNDICE I TABELA 9 TESTE DE FISHER VARIÁVEL SEXO.....	101
APÊNDICE J TABELA 10 TESTE DE FISHER VARIÁVEL IDADE.....	103
APÊNDICE L TABELA 11 TESTE DE FISHER VARIÁVEL CAMPUS.....	105
APÊNDICE M TABELA 12 TESTE DE FISHER VARIÁVEL TEMPO.....	107
APÊNDICE N TABELA 13 TESTE DE FISHER VARIÁVEL ESCOLARIDADE	109
APÊNDICE O TABELA 14 TESTE DE FISHER VARIÁVEL SEXO.....	111
APÊNDICE P TABELA 15 TESTE DE FISHER VARIÁVEL IDADE.....	113
APÊNDICE Q TABELA 16 TESTE DE FISHER VARIÁVEL CAMPUS.....	115
APÊNDICE R TABELA 17 TESTE DE FISHER VARIÁVEL TEMPO.....	117
APÊNDICE S TABELA 18 TESTE DE FISHER VARIÁVEL ESCOLARIDADE	118

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 INTRODUÇÃO

O homem desde o início de sua vida em sociedade se viu premido por exigências sociais, legais e morais. Os comportamentos eram delimitados por esses parâmetros que permeavam as heranças culturais e os relacionamentos sociais, gerando muitas vezes, privilégios a alguns e desvantagens a outros que podem ser vistos por meio das divisões em classes socioeconômicas diferentes, diversidade de posições com status e poder, diferentes tipos de trabalho, prazerosos, elitistas ou degradantes, enfim, uma vida mais confortável, segura e saudável ou o seu oposto.

Nesse sentido a história revela que os menos privilegiados foram objeto de exploração e maus tratos, relegados a meros objetos descartáveis, substituíveis. Os que ocupavam o poder, pouco ou quase nada faziam para mitigar sua miséria. Pode-se dizer que ao longo dos séculos as condições de trabalho foram mudando em função de movimentos reivindicatórios e da própria consciência do homem em relação ao seu semelhante, no entanto, os parâmetros que norteiam a vida das pessoas não mudaram muito.

No início do século XX, Freud (1996a) já falava do mal-estar na civilização, configurado na infelicidade, no desprazer, porque o processo civilizatório exige renúncia, o que leva à insatisfação. Na atualidade, pode-se dizer que essa situação pouco se alterou, de acordo com Ávila (2013, p.11) embora a sociedade se moderniza ainda permanece esse mal-estar que pode ser oriundo de um “[...] consumismo exacerbado, no anseio de aplacar angústias, priorizando o ter e desvalendo o ser”. Configura-se também nas misérias humanas de modo geral representadas por medo, insegurança, desemprego, fome, falta de moradia, problemas de locomoção e toda sorte de doenças psicossomáticas que assolam o ser humano.

Fazendo um recorte no mundo do trabalho observa-se que ele representa uma parcela desse mal-estar, uma vez que nele são reproduzidos diversos elementos presentes na sociedade, incluindo os diferentes cargos e seus níveis; funções com mais ou menos status e poder; salários diferenciados; jornadas de trabalho com maior ou menor flexibilidade; exigências de indumentárias específicas, por meio de normas legais ou demandas das próprias pessoas; fragmentação do ser humano em seus papéis; sistemas de produção opressivos; competitividade exacerbada, assédios, dentre outros.

Além disso, todo o desenvolvimento tecnológico ocorrido ao longo dos anos trouxe em seu bojo não só aspectos positivos, mas também negativos para a vida das pessoas. Se no passado tinha-se menos acesso às informações, tinha-se também maior proximidade nos relacionamentos. Hoje a internet possibilita que o sujeito se conecte com o mundo, mas passa a exigir dele comportamentos que podem levá-lo ao isolamento e sofrimento.

Nesse diapasão Donnamaria e Terzis (2012, p. 167) apontam que com o advento da internet houve também uma transformação na vida das pessoas, comparável às mudanças provocadas pela Revolução Industrial do século XVIII, pois com o surgimento das fábricas desenvolveram-se os grandes centros urbanos, de modo a introduzir um novo estilo de vida dos indivíduos, sob o ponto de vista dos autores “[...] no campo, os vizinhos de residência, os colegas de trabalho e os companheiros de lazer eram as mesmas pessoas, nos centros urbanos, pessoas distintas passaram a compor cada uma dessas esferas de relacionamento [...]”. Ou seja, uma sociedade em que os relacionamentos “[...] estavam diante de um grande número de desconhecidos. O excesso de estímulos de origem pouco familiar provocou solidão, em paradoxo com a multiplicação de possíveis contatos [...]” (DONNAMARIA, TERZIS, 2012, p. 167).

Deste modo observa-se que esse modelo de vida contemporânea promoveu uma certa fragilidade nos relacionamentos, uma preocupação do indivíduo em se destacar na sociedade, sobretudo advindo do seu trabalho, o que por sua vez exige que o sujeito “precisa ganhar bem”. Porém, como se sabe, as estruturas

organizacionais, de modo geral, são piramidais, o que significa que há poucos cargos nos quais os salários atendem a essa exigência. Por decorrência, o mercado de trabalho apresenta uma competição acirrada, na qual as pessoas se veem premidas a buscar a qualificação como forma de manter o seu emprego.

No entanto esses comportamentos de disputa não se limitam ao processo de entrada nas organizações, eles estão presentes no seu cotidiano, de forma a contribuir para relacionamentos frágeis e superficiais, uma vez que as pessoas tem receio do outro, resultando num individualismo exacerbado que, de certa forma, se constitui em um mecanismo de defesa nesse processo canibalesco.

Nesse entendimento, pode-se dizer que tais comportamentos advindos do capitalismo contemporâneo contribuem para a precarização das relações sociais, que segundo Bauman (2004, p. 10) leva a uma fluidez nos relacionamentos interpessoais em que o ser humano se tornou algo facilmente descartável. Nas palavras do autor

A vida na sociedade líquido-moderna é uma versão perniciosa da dança das cadeiras, jogada para valer. O verdadeiro prêmio nessa competição é a garantia (temporária) de ser excluído das fileiras dos destruídos e evitar ser jogado no lixo.

Entre as consequências desse estilo de vida do mundo capitalista competitivo está o fato de ele não proporcionar laços de confiança, lealdade e compromisso, gerando ao contrário, apatia em relação ao coletivo e um esfacelamento das relações sociais (LEDA, 2007).

Segundo Bauman (2004, p. 52) “Uma inédita fluidez, fragilidade e transitoriedade em construção (a famosa flexibilidade) marcam todas as espécies de vínculos sociais [...]”. Assim, considerando que o ser humano passa a maior parte de seu tempo no ambiente laboral,

[...] o trabalho pode ser visto tanto como uma das fontes de satisfação de necessidades humanas (auto-realização, relações interpessoais e sobrevivência), quanto uma fonte de adoecimento, pois no desempenho das atividades laborais, de modo geral, o trabalhador se defronta com riscos à sua saúde, quer seja física ou mental. (OLIVIER, PEREZ, BEHR, 2011, p. 996.)

Tal fragilidade está presente, por exemplo, na falta de lealdade e colaboração entre colegas de trabalho, na desqualificação do outro, na omissão de informações, práticas essas que desabonam os relacionamentos no contexto atual.

No ambiente organizacional, forjado no bojo do capitalismo, tem adotado uma visão fragmentada do ser humano, devido ao seu interesse pela produtividade que tem papel preponderante no processo competitivo de mercado. Isso se mostra coerente com a visão ocidental do ser humano, como algo segmentado, diferente da concepção oriental. Conforme Capra (1989, p. 247) “Na visão oriental, os seres humanos, como todas as outras formas de vida, são partes de um todo orgânico inseparável.”

Segundo o autor essa visão mecanicista e fragmentada apresenta um comparativo com a física quântica e possui certa semelhança com o misticismo oriental, uma vez que “[...] os físicos induzem o seu conhecimento a partir da experiência; os místicos, das introspecções meditativas” (CAPRA, 1989, p. 250).

Assim, sob esse ponto de vista, apresenta a física como “a unidade fundamental de todas as coisas e acontecimentos. Mais do que isso, aprende que ele próprio e a sua consciência são partes integrantes dessa unidade”, enquanto que no aspecto místico “Quando somos saudáveis, não sentimos partes dissociadas no nosso corpo, estamos sim cientes dele como um todo integrado, e este conhecimento gera um sentimento de bem-estar e felicidade” (CAPRA, 1989, p. 250).

Ainda de acordo com o autor “O físico moderno sente o mundo através de uma especialização externa da mente racional; o místico através de uma especialização da mente intuitiva.” Esses argumentos não são novos, pois há muito o mundo oriental se vale desse conceito para compreender a saúde e a doença, o equilíbrio e o desequilíbrio, o mal e o bem-estar (CAPRA, 1989, p. 251).

Com o passar dos anos o mundo ocidental passou a incorporar parte dessa cultura, incluindo instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS) que conceitua “[...] a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não

apenas a ausência de doença ou enfermidade [...]” (OMS, 2015). Essa conceituação trouxe um novo olhar para os profissionais da saúde, cujo foco até então era extremamente centrado na doença, no órgão a ser curado, dentro do que Freud (1996b) denominou de “furor curandis”, ao qual combateu com veemência propugnando que havia mais do que o elemento físico em cada sujeito, ao que denominou de aparelho psíquico.

Galli e outros (2012, p. 245) consideram que há um retorno e uma valorização para formas de cuidado com o resgate de antigas tradições, sobretudo de práticas que prestigiam aspectos relacionados ao físico, ao afetivo, o psicossocial e também o espiritual. Apontam para a importância de buscar mecanismos em que o sujeito é visto de forma holística, ou seja, não por partes “[...] Desta forma, os países ocidentais estão redescobrendo as terapias alternativas como métodos de auxiliar o indivíduo no seu processo de adoecimento e cura”.

Neste sentido Telesi Júnior (2016, p. 110) ressalta que há um número considerável de pessoas a procura de diferentes formas de cuidado, como as práticas integrativas e complementares (PICs) “[...] oposta à prática de cuidado feita de forma muitas vezes desumana, que infelizmente prepondera entre nós. As PICS expressam o desejo de mostrar que é possível implementar outras práticas [...]”.

Em relação a esta temática, registra-se que na capital capixaba já existem algumas ações referentes a esses tipos de cuidados, conforme aponta a médica Henriqueta Sarmiento, responsável pelo Programa de Práticas Integrativas e Complementares da Secretaria Municipal de Vitória, a qual menciona a disponibilidade de algumas terapias para a população como a fitoterapia, a homeopatia e sessões de acupuntura que são ofertadas na rede pública. Destaca ainda que a “Fitoterapia em Vitória é referência no Brasil” (CHAGAS, 2015).

No Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), algumas iniciativas nesse sentido também acontecem, como as sessões de acupuntura disponibilizadas para os servidores e para a comunidade em geral. O acesso a essa terapia é feito após um prévio

agendamento no Ambulatório de Dermatologia, atualmente realizado nas sextas-feiras, no período vespertino. Teixeira (2015, p. 65) destaca a importância de contribuições oriundas das práticas orientais na promoção e “[...] valorização da autocura inerente ao organismo e a busca pelo equilíbrio” que a acupuntura proporciona para o indivíduo.

Apesar de louvável a iniciativa no Hucam, esta se restringe àquele ambiente, o que leva a refletir sobre o tema em um contexto mais geral.

1.2 CONTEXTO E PROBLEMA

A estrutura da vida de um modo geral e no trabalho, no tocante a valores, crenças, modelos de política estão modificando ao longo dos anos. De acordo com Rodrigues e Gondim (2014, p. 40) “[...] Se antes prevalecia a conformidade a processos burocráticos e rotineiros, bastando conhecer as regras e as leis para cumprir as tarefas, atualmente as demandas se modificaram”, percebe-se, atualmente, uma maior pressão no ambiente laboral que tem gerado situações provocadoras de distúrbios psíquicos, emocionais, as quais contribuem para o aumento de doenças ocupacionais e por afastamentos no trabalho.

No entanto o trabalho não consiste na única fonte de elementos estressores. A ele podem ser acrescidas as circunstâncias de desestruturação familiar, dificuldades financeiras e de alcance de realização pessoal, considerados também fatores importantes que interferem no equilíbrio emocional. Porém, como afirmam Rodrigues e Gondim (2014, p. 40) “A forma como cada um responde emocionalmente ao ambiente ajuda a definir a qualidade da sua interação com o meio”, mostrando-se relevante o suporte que cada um recebe.

Pode-se assim dizer que tais fatores tem influência na capacidade de resposta do indivíduo, seja no ambiente do trabalho ou nas relações interpessoais, passíveis de desencadear reações indesejáveis, como a falta de cordialidade, paciência, boa vontade, enfim elementos que podem interferir na qualidade desses

relacionamentos, na produtividade no trabalho e conseqüentemente no bem-estar do indivíduo (RODRIGUES; GONDIM, 2014, p. 42).

De acordo com Siqueira e Padovam (2008, p. 201) os estudos que abordam o tema de bem-estar apontam os esforços dos pesquisadores que conseguiram correlacionar “[...] o conceito de bem-estar no campo científico da psicologia e transformá-lo em um dos temas mais enfaticamente discutidos e aplicados para compreender os fatores psicológicos que integram uma vida saudável”.

Estudos realizados por Ryff e Keyes (1995) citados por Siqueira e Padovam (2008, p.201) mostram duas vertentes sob as quais o tema pode ser visto: a) o bem-estar subjetivo (BES) caracterizado por aspectos que envolvem o enfoque emocional e afetivo, ou seja, a visão hedônica, e b) o bem-estar psicológico (BEP), que leva em conta as características oriundas de um ponto de vista mais racional, ou seja, na capacidade de enfrentamento das dificuldades da vida, considerada como a visão eudemônica.

Ainda de acordo com as autoras, não há um consenso sobre a definição de bem-estar no trabalho, porém entendem que tal conceito deve abranger aspectos chancelados pela Psicologia Organizacional e do Trabalho que abordam o “[...] conceito integrado por três componentes: satisfação no trabalho, envolvimento com o trabalho e comprometimento organizacional afetivo [...]” (SIQUEIRA; PADOVAN, 2008, p. 206).

Neste sentido, ações que promovam políticas de bem-estar e qualidade ao servidor são medidas que os gestores públicos estão a adotar de maneira a elaborar programas que contemplem atividades que tenham como fim humanizar, acolher, escutar e atuar na prevenção de doenças, como por exemplo, utilizando as práticas complementares em saúde-doença, conhecidas como medicinas alternativas e complementares (MAC) ou práticas integrativas e complementares (PIC), que se baseiam em terapias atualmente disponibilizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como a acupuntura, a homeopatia, entre outras (TESSER, 2009, p. 1732).

É importante também ressaltar que políticas com esta abordagem são estimuladas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 2002, através de caminhos alternativos ou conforme a nomenclatura utilizada pela OMS; complementares/e ou integrativos e que atuam por meio de terapias “[...] como a acupuntura, naturopatia, fitoterapia, meditação, reiki, terapia floral, entre outras. [...] procuram atender ao indivíduo de forma holística, baseado na confiança e no vínculo terapeuta / usuário” (GALLI et al., 2012, p. 246).

A fim de verificar a existência de iniciativas similares no âmbito da universidade, foi realizado um levantamento nos registros da Pró-Reitoria de Extensão (PROEX), tendo sido encontrados nove projetos que apresentaram algum nexos com a tema desta pesquisa (Apêndice C).

Como se pode ver, apesar de já existirem pesquisadores interessados na temática os esforços parecem pulverizados e sem continuidade, dessa forma, alguns questionamentos surgiram, conduzindo à estruturação desta pesquisa, quais sejam:

- Qual a possibilidade da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) disponibilizar práticas integrativas e terapias alternativas como um suporte no bem-estar dos servidores?
- A adoção de práticas integrativas e terapias alternativas despertaria interesse por parte dos servidores da UFES como opção de busca para seu bem-estar?

A partir de tais questionamentos foram traçados os objetivos que nortearam o campo da pesquisa realizada.

1.3 OBJETIVOS

Os objetivos de uma pesquisa podem ser considerados, de acordo com Gil (2008, p. 15) “[...] a orientação necessária à realização da pesquisa social, sobretudo no referente à obtenção, processamento e validação dos dados pertinentes à problemática que está sendo investigada”. Eles norteiam todo o campo de

desenvolvimento da proposta e podem ser classificados como geral e específicos. A partir desse contexto e dos problemas descritos foi traçado o seguinte objetivo geral:

- Analisar a aceitabilidade de implantar as práticas integrativas e terapias alternativas na UFES.

Considerando o objetivo geral um núcleo do qual decorrem ramificações, fez-se necessário elaborar também objetivos específicos, quais sejam:

Objetivo específico 1 - Verificar se a adoção de práticas integrativas e terapias alternativas gera interesse por parte dos servidores da UFES; e

Objetivo específico 2 - Verificar se existem ou não condições propícias à implementação de um projeto de atendimento de práticas integrativas e terapias alternativas na UFES.

Considerando os objetivos supramencionados, esta pesquisa tem por justificativa as razões dispostas no tópico seguinte.

1.4 JUSTIFICATIVA

O motivo no estudo desta abordagem decorre do interesse da pesquisadora em sugerir uma alternativa que proporcione bem-estar para os servidores, baseada nas práticas integrativas e também em algumas terapias em complemento ao tratamento médico alopático disponibilizado pelo Departamento de Assistência à Saúde (DAS) da UFES, pelos planos de saúde particulares e pelo próprio SUS.

Tais práticas integrativas, mediante estudos publicados, corroboram o interesse dos gestores públicos na adoção de programas preventivos de doenças, sobretudo as de fundo emocional e de ações que propiciem qualidade de vida e bem-estar para os servidores públicos.

Nesse aspecto Andrade e Costa (2010, p. 497) se posicionam a favor das práticas integrativas, já implementadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), que serão detalhadas mais adiante argumentando que elas “[...] valorizam recursos e métodos não biomédicos relativos ao processo saúde/ doença/cura, enriquecem estratégias diagnóstico/ terapêuticas e podem favorecer o pluralismo médico no Brasil.”

É importante registrar também que Schweitzer, Esper e Silva (2012, p. 442) através de uma revisão sistemática da literatura na base de dados PubMed e Embase, selecionaram artigos publicados até o ano de 2011, destacando como a incorporação de práticas integrativas e complementares na Atenção Primária em Saúde (APS) pelo SUS tem contribuído na promoção da humanização do cuidado. Os resultados revelam que a prática da acupuntura, da fitoterapia, da homeopatia e do termalismo social - crenoterapia, terapias relacionadas na PNPIC – tem contribuído e ainda tem muito a contribuir para um atendimento mais humanizado na APS. A apresentação dessas terapias será feita em um capítulo para este fim.

Dessa forma, percebeu-se a necessidade de sugerir ações que se apoiem na política e na legislação do Ministério da Saúde, qual seja, a Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, data em que foi aprovada a PNPIC no SUS. Assim a intenção foi que este trabalho possa suscitar como alternativa no sentido de promover qualidade de vida e bem-estar para o servidor público da UFES (BRASIL, 2015, p. 12).

1.5 DELIMITAÇÃO

Delimitar a pesquisa segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 162) é restringir o campo para investigação. O presente estudo foi realizado em uma autarquia federal em regime especial e vinculada ao Ministério da Educação (MEC), a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), fundada em 1954, mas oficialmente criada como instituição federal em 1961.

Esta instituição possui quatro *campi* universitários – Goiabeiras e Maruípe, na capital; nos municípios de Alegre e São Mateus respectivamente no sul e norte do

Estado. A UFES possui ainda o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) que oferece serviços na área de saúde, por meio de atendimentos em diversas especialidades médicas (UFES, 2016) e que não será contemplada na pesquisa neste momento, em função da pouca disponibilidade de tempo para a coleta de dados e a especificidade em relação aos servidores, dado o prazo para a conclusão dos créditos e defesa da presente dissertação.

Segundo os dados disponibilizados no site da instituição, a UFES conta atualmente com 1.696 professores, sendo 343 mestres e 1.218 doutores; 2.072 servidores técnico-administrativos; 18.559 estudantes nos cursos de graduação presencial e 1.852 na modalidade a distância; na pós-graduação são 792 estudantes matriculados nos cursos de doutorado e 2.384 nos cursos de mestrado. A pesquisa teve seu foco no âmbito da UFES, abrangendo todos os seus *campi*, mas considerou apenas o universo do seu quadro de pessoal.

CAPÍTULO 2 – MÉTODOS E MATERIAIS

Esta pesquisa teve origem nos questionamentos sobre a possibilidade de se proporcionar práticas integrativas e terapias alternativas, bem como verificar qual o interesse dos servidores nestas modalidades. A partir dessa ideia, foi elaborado o objetivo geral que consistiu em analisar a viabilidade da implantação de práticas integrativas e terapias alternativas na UFES, o qual levou a uma reflexão sobre os métodos e materiais necessários para ir a campo. Assim foram definidos: a abordagem da pesquisa, o método, a amostra, os sujeitos da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados, o tratamento e análise do material coletado no campo.

2.1 ABORDAGEM E TIPOLOGIA DA PESQUISA

As pesquisas de natureza acadêmica e científicas são classificadas sob diversas óticas e níveis. Numa dimensão mais abrangente encontram-se as abordagens quantitativa e qualitativa.

A pesquisa quantitativa se propõe a “[...] medir e quantificar os resultados da investigação, elaborando-os em dados estatísticos. É apropriada para medir tanto opiniões, atitudes e preferências como comportamentos” (ZANELLA, 2009, p. 77). Essa abordagem serviu ao propósito de coletar e analisar dados referentes à opinião dos servidores sobre o escopo desta pesquisa.

No entanto, somente essa dimensão em temática tão subjetiva mostrou-se insuficiente para o estudo do problema, razão pela qual foi utilizada também a abordagem qualitativa que segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2009, p. 21) atua em questões específicas nas quais não se pode mensurar e quantificar. De acordo com os autores “[...] tais questões estão imbricadas em significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, e outras características próprias das relações, processos e fenômenos e que não devem ser reduzidas à variáveis numéricas”.

No que tange à tipologia da pesquisa, foram utilizadas as formas descritiva e bibliográfica. No primeiro caso, todo o material coletado nas dimensões quanti-qualitativa foram descritos de forma a apresentar tanto os elementos favoráveis quanto os impeditivos, na opinião dos servidores e representantes da instituição, o que coaduna com o esclarecimento feito por Prodanov e Freiras (2013, p. 52) ao afirmarem que esta tipologia “[...] apenas registra e descreve os fatos observados sem interferir neles. Visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”.

Por outro lado, classifica-se ainda esta investigação como uma pesquisa bibliográfica (livros, artigos, dissertações, teses) que de acordo com Gil (2008) deve estar presente em todo trabalho científico, pois fornece subsídios para a elaboração da fundamentação teórica e para a revisão bibliográfica no formato do estado da arte.

2.2 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Toda pesquisa que contempla as abordagens quantitativa e qualitativa requerem lidar com dados primários e secundários e com diversos instrumentos de coleta de dados.

No presente caso, na dimensão quantitativa e com o fim de obter dados primários o instrumento de coleta utilizado foi o questionário (Apêndice A), enviado em 18 de outubro de 2016 pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG) para o e-mail institucional dos servidores, após solicitação formal por parte desta pesquisadora. O instrumento contemplou os dois objetivos específicos, por meio das seguintes variáveis: grau de conhecimento sobre o conceito geral das PICs e terapias alternativas; predisposição/aceitação a essas práticas em cada uma das suas modalidades; opinião sobre a oferta desse tipo de apoio aos servidores e razões de adesão ou não a essas práticas em caráter preventivo ou curativo.

Como preconiza a prática metodológica, de acordo com Manzini (2004), foi realizado um pré-teste com o objetivo de verificar as inconsistências e validade do

instrumento. Isto posto, o questionário foi enviado a dez servidores, oito TAEs e dois docentes, logo após procederam-se aos ajustes necessários. Esta fase se justificou pelo fato de não se ter um modelo similar ao aplicado já testado por outros autores.

O questionário foi elaborado utilizando-se as PICs, dispostas por meio da Escala tipo Likert, em conformidade com as práticas contidas no texto da Portaria nº 971/2006 a saber; a acupuntura, a homeopatia, as plantas medicinais/fitoterapia e o termalismo social/crenoterapia. Além das mencionadas, também foram elencadas outras práticas terapêuticas como a argiloterapia, a meditação, o reiki, o shiatsu e a yoga.

Atendendo aos critérios de ética e anonimato dos participantes, a página inicial solicitava a concordância do servidor na participação da pesquisa, por meio do Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE), onde foram apresentados os esclarecimentos necessários, controlados por um item bloqueador, ou seja, sem a leitura e concordância, o respondente não acessaria as questões da pesquisa. A identificação nominal no formulário não foi necessária, pois trata-se de uma pesquisa de opinião pública, com participantes não identificados, conforme preconiza o art. 1º, § único, inciso I da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

A estrutura do questionário foi composta por duas partes. A primeira, com questões fechadas, contém variáveis sociodemográficas que permitiram traçar o perfil dos respondentes (docentes e TAEs): sexo, estado civil, idade, nível de escolaridade, o campus em que o servidor está lotado e o tempo na instituição.

A segunda, também com questões do tipo fechadas, teve o propósito de verificar o nível de conhecimento do servidor sobre as PICs e de terapias como a acupuntura, a fitoterapia, a homeopatia, o termalismo-social e a crenoterapia. Em sequência, outras modalidades foram elencadas como a argiloterapia, a meditação, o reiki e o shiatsu, dispostas em uma escala do tipo Likert, com opções do tipo desconheço totalmente, desconheço, conheço parcialmente, conheço, conheço totalmente.

Por sua vez, a questão seguinte solicitou ao respondente informar o grau de interesse nas terapias apresentadas no questionário, em uma escala Likert com as

seguintes opções: não me interessa, interesse pouquíssimo, interesse mais ou menos, interesse muito e interesse totalmente.

As três últimas questões, do tipo abertas, solicitavam ao servidor mencionar outras modalidades de terapias de seu interesse, além daquelas apresentadas no questionário. Em seguida, pediu-se que citassem a razão pela adesão ou não às práticas. Em 30 de novembro de 2016 foi encerrada essa fase da coleta de dados através desse instrumento.

Além do questionário aplicado, na dimensão qualitativa foi utilizado um roteiro que subsidiou a realização de uma entrevista semiestruturada (Apêndice B) com a Pró-Reitora de Extensão, a fim de verificar os elementos favoráveis e desfavoráveis em termos da possibilidade de implementação de um projeto com a temática desta pesquisa, no formato de extensão. De acordo com Manzini (2004) neste tipo de entrevista o foco está em abordar “[...] assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista”.

A ideia de iniciar como uma atividade de extensão tem o propósito de verificar o grau de adesão dos servidores, para então, sugerir ou não um programa institucional. Isto posto, foi realizado o agendamento com a pró-reitora que se mostrou receptiva com o trabalho da pesquisa. A entrevista ocorreu nas dependências da Proex, no dia 02 de dezembro de 2016, com a gravação de áudio.

A utilização deste tipo de instrumento proporciona fidedignidade das informações, que de acordo com Santos e Caneloro (2006, p. 75) tem como premissa principal “[...] registrar a íntegra das respostas às questões formuladas na entrevista semiestruturada, para que ao final, possa, sem apelo forçado da memória, reconstituir as falas de seus entrevistados”.

Em relação à pesquisa bibliográfica realizada e como forma de obtenção dos dados secundários esta foi desenvolvida em duas vertentes; revisão para identificação do “estado da arte” ou “estado do conhecimento” sobre a temática e revisão para a elaboração da fundamentação teórica. No presente caso foi realizada primeiro a

identificação do estado da arte, que teve por finalidade não só identificar os trabalhos mais recentes sobre a temática, como também os olhares teóricos utilizados nas pesquisas realizadas. Em um segundo momento foi feita a pesquisa para a elaboração da fundamentação teórica, que teve como escopo identificar as correntes teóricas encontradas nos artigos e a análise de sua pertinência ao caso em questão.

2.3 LOCAL/AMOSTRA DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida no âmbito da Universidade Federal do Espírito Santo, a população do estudo foi constituída por docentes e TAEs, excluindo os TAEs lotados no hospital universitário, que conforme já dito anteriormente, não foram contemplados em função do tempo para a coleta de dados e da especificidade em relação aos servidores. No ano de 2015, entre TAEs e docentes, a UFES possuía 3.300 servidores (UFES, 2016), distribuídos em quatro *campi*, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - População da pesquisa por *campus* e perfil

<i>Campus</i>	Perfil				Total	
	Docente		TAE		freq	%
	freq	%	Freq.	%		
Alegre	246	7,5	123	3,7	369	11,2
Goiabeiras	1.051	31,8	1.099	33,3	2.150	65,2
Maruípe	363	11,0	123	3,7	486	14,7
São Mateus	197	6,0	98	3,0	295	8,9
Total	1.857	56,3	1.443	43,7	3.300	100,0

Fonte: Proplan/UFES (2016)

Com base nessa informação, o tamanho da amostra foi calculado considerando uma população finita de 3.300 indivíduos e com o objetivo de estimar uma proporção desconhecida (BARNETT, 1991). Para este estudo, optou-se por um nível de 90% de confiança e 5% de margem de erro, com uma representatividade na amostra de 251 indivíduos. Para garantir este número e evitar um possível viés de seleção a amostra foi estratificada por Perfil e *Campus*, formando oito cotas. Além disso, cada indivíduo foi escolhido de forma aleatória dentro de cada segmento. Estes estratos

são exibidos na Tabela 2 onde observa-se que, nas cotas sugeridas, as proporções estão muito próximas da população.

Tabela 2- Cotas da amostra por *campus* e perfil

<i>Campus</i>	Perfil				Total	
	Docente		TAE		freq	%
	freq	%	Freq.	%		
Alegre	19	7,6	9	3,6	28	11,2
Goiabeiras	80	31,9	84	33,5	164	65,3
Maruípe	28	11,2	9	3,6	37	14,7
São Mateus	15	6,0	7	2,8	22	8,8
Total	142	56,6	109	43,4	251	100,0

Fonte: Elaboração própria

Em relação à característica probabilística, questionou-se o fato de o formulário ser enviado a todos os servidores, porém de acordo com Freitas, Janissek-Muniz e Moscarola (2004, p. 106) essa é a possibilidade de “[...] todos os elementos da população terem a mesma chance de ser escolhidos, resultando em uma amostra representativa da população”.

Argumenta-se aqui que o procedimento adotado seria a identificação do sujeito respondente que iria concordar ou não em participar da pesquisa. No caso de não o desejar, seria substituído por outro, sucessivamente, até que a amostra atingisse seu tamanho. Ora, no caso de se enviar para todos os servidores, o que se obtém de forma mais rápida é exatamente isso, uma vez que se manifestam os que desejam colaborar com o trabalho, tendo sido dado a todos o direito de participar (OLIVIER, 2016, informação verbal)*.

Dito isto, a seleção da amostra ocorreu sem a interferência desta pesquisadora, uma vez que os questionários foram encaminhados para o e-mail institucional dos

* Discussão e orientação feita pela professora Dr^a Marilene Olivier Ferreira de Oliveira, titular da Ufes, na disciplina de Metodologia Qualitativa da Pesquisa, do Programa de Pós-graduação em Gestão Pública.

servidores e o retorno das respostas foram registradas em uma tabela excel elaborada automaticamente pelo Google Docs para posterior análise dos dados.

Dentro desses parâmetros o questionário foi enviado a todos os servidores ativos, lotados nos quatro *campi* e com e-mail institucional cadastrados na PRPPG, perfazendo uma população de 3300 servidores. O retorno ao apelo da pesquisa foram de 286 respondentes, entretanto o número de questionários de TAEs superou o desejado, neste caso 16 formulários de TAEs foram excluídos aleatoriamente com o fito de equilibrar os estratos das amostras. Com isso a composição final constituiu-se de 270 indivíduos, que representou 8,18% da população, a um nível de 90% de confiança e margem de erro de 4,8% (BARNETT, 1991).

A Tabela 3 exhibe o número de retorno dos formulários em cada estrato, observou-se que a diferença entre os estratos de perfil foi de 1,5% e em relação ao campus de 1,7%. Com isso, percebe-se que a amostra obtida distribuiu-se aproximadamente da mesma forma que a população, dadas as margens de variação aceitáveis.

Tabela 3 - Amostra obtida

Campus	Perfil				Total	
	Docente		TAE		Frequência	%
	Frequência	%	Frequência	%		
Alegre	24	8,9	8	3,0	32	11,9
Goiabeiras	82	30,4	96	35,6	178	65,9
Maruípe	22	8,1	13	4,8	35	13,0
São Mateus	20	7,4	5	1,9	25	9,3
Total	148	54,8	122	45,2	270	100,0

Fonte: Elaboração própria

2.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados referenciados obtidos através das respostas coletadas por meio do preenchimento do questionário foram tabulados em uma planilha eletrônica Microsoft Excel, processo automático da ferramenta Google Docs. Inicialmente foi feita uma análise estatística para identificação do perfil dos indivíduos da amostra, bem como

os resultados sobre as variáveis que abordam o conhecimento e interesse pelas PICs. Na sequência foi realizado um estudo de associação entre as variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade, campus e tempo na instituição) e o interesse do respondente acerca das terapias, dispostas em tabelas de contingência e com base nos resultados do Teste Exato de Fisher.

A entrevista semiestruturada (Apêndice B) realizada com a pró-reitora de extensão e as informações obtidas no DAS/Serviço Psicossocial passaram por uma análise integrativa das respostas obtidas. A ideia surgiu a partir do conceito de revisão integrativa, como uma das particularidades da pesquisa bibliográfica, que de acordo com Castro (2006) pode-se apresentar como uma forma de analisar resultados de pesquisas de considerável relevância no meio científico.

Deste modo, foram agrupadas em um único documento de forma a disponibilizar uma síntese sobre o tema e também apontar lacunas encontradas, com o fito de aprofundar a temática. Os argumentos para a utilização deste procedimento encontram-se em Rother (2007) para quem a revisão integrativa contribui para a originalidade dos trabalhos, uma vez que são baseados em fontes confiáveis e assim contribuem para disponibilizar informações de caráter único e de relevante qualidade, sobretudo para aqueles pesquisadores que não dispõem de habilidade na busca da pesquisa.

Em relação à pesquisa bibliográfica, o procedimento adotado foi em duas dimensões: no estado da arte das práticas integrativas e com foco na fundamentação teórica. Nesse sentido, Rodrigues (2007, p. 29) apresenta um paralelo entre as pesquisas analíticas e sintéticas. No caso da pesquisa analítica o foco principal está no objeto de interesse, realizando assim um estudo pormenorizado de suas partes e detalhes. Em relação à pesquisa sintética, tem por objetivo criar uma síntese “[...] que pode ser descritiva, explicativa ou compreensiva, como pode ser teórica ou prática. Consiste em uma referência ao todo, sem particularizar detalhes”. Este é o caso da dimensão bibliográfica aqui desenvolvida.

Quanto ao estado da arte, foi realizado um levantamento sobre os estudos no Brasil que tratam da utilização das PICs e terapias para servidores públicos. Cabe

ressaltar que o retorno sobre esse tema foi escasso, sobretudo relacionado ao bem-estar dos servidores públicos no âmbito das universidades federais. Sob essa particularidade, quanto as práticas integrativas, terapias alternativas e os servidores de universidades federais, pode-se dizer que na literatura atual são poucos os trabalhos encontrados com este propósito.

No levantamento bibliográfico realizado foram efetuadas buscas sobre projetos de implantação das PICs, em universidades e também em postos de saúde, prefeituras, direcionados aos servidores. No caso dos colaboradores das universidades federais, registra-se que até este momento foi identificado apenas um programa em funcionamento na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), denominado Projeto Amanhecer, que auxiliou a dar um contorno a essa pesquisa.

Para a elaboração da fundamentação teórica algumas fases foram seguidas. Inicialmente foram feitos levantamentos pelos títulos dos artigos relacionados aos descritores, após, procedeu-se a uma leitura sobre as principais correntes teóricas que sustentam a temática, com posterior busca das fontes primárias, ou seja, os livros textos dos autores citados. O objetivo foi identificar o que tem sido produzido sobre o assunto e se havia experiências que pudessem ser analisadas para melhor compreensão do conteúdo estudado.

O levantamento realizado ocorreu nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO); na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e no Google Acadêmico utilizando os seguintes descritores: práticas integrativas, servidores públicos, bem-estar, universidades federais e qualidade de vida. Num primeiro momento foram realizadas buscas contendo todos os descritores, porém foi necessário um refinamento nesta busca, pois o material que retornava não atendia aos parâmetros estabelecidos, utilizando apenas práticas integrativas e bem-estar, esse levantamento foi efetuado em junho de 2016.

Na base de dados Scielo houve somente um retorno para todos os descritores utilizados, que foi um artigo sobre as práticas integrativas. Na BDTD obteve-se 211 resultados entre teses e dissertações. Após análise dos títulos, restaram apenas sete dissertações e quatro teses, contendo pelo menos um dos descritores. No

Google Acadêmico retornaram 2.830 resultados, sendo que dos 130 primeiros numa prévia análise do título e resumo, foram utilizados 14 artigos com foco na temática estudada.

A primeira seleção feita pelo título do trabalho foi seguida da leitura do resumo. Havendo *insights* de que o conteúdo poderia contribuir para o trabalho, foi realizada uma terceira leitura com o destaque de fragmentos de textos para compor a revisão bibliográfica. De posse desse material fez-se uma leitura para compreensão dos argumentos teóricos de cada autor, buscando diferenciá-los e também agrupar os aspectos nos quais houve concordância entre eles. O resultado deu suporte à construção do capítulo de fundamentação teórica da dissertação.

CAPÍTULO 3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na antiguidade o conhecimento sobre o cuidado do indivíduo e outros aspectos da vida baseavam-se na filosofia grega, como em Aristóteles, através da qual emergiam questões sobre a alma humana, indagações sobre o homem e o significado das coisas. De acordo com Gontijo (2014, p. 25) as manifestações de cura passaram com o tempo a ser guiadas na “[...] tradição da medicina hipocrática, que concebia a saúde como um estado de equilíbrio entre as influências ambientais e as forças inerentes aos organismos vivos: o poder curativo da natureza”.

Deste modo, ao fim do século XVIII ocorreu uma nova interpretação quanto a experiência no trato médico, passou-se a valorizar as práticas empíricas, a experiência clínica. Pode-se assim considerar que houve o surgimento da medicina moderna através do conhecimento prático e da razão “[...] com o abandono das teorias, dos velhos sistemas e de suas especulações imaginárias. A experiência clínica pôs por terra o dogma aristotélico e iniciou o discurso científico” (FLORA, 2006, p. 206).

Nesse viés, a atuação médica pautou-se na razão, nas evidências, no que era perceptível, no exame clínico, ou seja “[...] a relação entre os fenômenos, os antecedentes e os distúrbios constatados, de forma a poder pronunciar um nome: o da doença”. A partir de tal constatação era possível definir “[...] as causas, o prognóstico, as indicações” (FLORA, 2006, p. 206).

Como bem destacado por Foucault (1977, p.125)

A experiência médica, em sua estrutura e em seus dois aspectos de manifestação e de aquisição tem agora um sujeito coletivo; não é mais dividida entre o que sabe e o que ignora; é feita solidariamente por aquele que descobre e aqueles diante dos quais se descobre. O enunciado é o mesmo; a doença fala a mesma linguagem a uns e aos outros.

Neste contexto compreende que a análise tecida por Foucault (1977, p. 115) é que “[...] a certeza médica se constitui não a partir da individualidade completamente observada, mas de uma multiplicidade inteiramente percorrida de fatos individuais”.

Com efeito percebe-se a partir daí o que se pode denominar de categorização das doenças, através dos relatos e sintomas comuns dos pacientes, o trato médico deixa de ser algo individualizado e parte para um escopo generalizado.

Entretanto sob o olhar de Canguilhem (2009, p.12) o homem não deve ser visto de maneira fragmentada, como algo generalizado, mas harmonizar aspectos de sua natureza interna em relação ao seu meio, de forma a conciliar essa relação.

A natureza (*physis*), tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença. Nesse caso, a doença não está em alguma parte do homem. Está em todo o homem e é toda dele. As circunstâncias externas são ocasiões, e não causas [...] A doença é uma reação generalizada com intenção de cura.

Todavia o que se observa é que a medicina contemporânea baseou-se sobre um modelo denominado alopátia, com a utilização de medicamentos no combate aos sintomas da doença, sem procurar identificar a real causa do problema, nesse sentido Gontijo (2014, p. 25) compreende que “[...] essa visão convencional tenta alcançar a cura sem observar a causa dos sintomas, atendo-se apenas na eliminação dos mesmos”. Sob este aspecto, para o autor, a medicina foi representada por um aspecto “ontológico, organicista, mecanicista” que ainda persiste no século 21 (GONTIJO, 2014, p. 25).

Neste cenário percebe-se na atualidade que esse modelo alopático e biomédico está caracterizado por ser “[...] hospitalocêntrico, reducionista, descontextualizado, objetivo e racional [...]”, ou seja, afasta-se de um modelo de assistência baseada na singularidade do indivíduo (GONTIJO, 2014, p. 26).

Araújo (2008, p. 64) considera que esse distanciamento presente no modelo biomédico vigente contribuiu para uma perda na qualidade e relação no cuidado médico x paciente.

É possível considerar que certas queixas trazidas por muitos pacientes que escapam a sua objetivação como doença e, portanto, não são legitimadas pelo saber e pela prática médica, representam fenômeno experimentado por sujeitos numa situação singular do adoecimento referida ao seu universo simbólico. Ou seja, a percepção do doente sobre sua enfermidade inúmeras vezes não

coincide com a doença lesional ou orgânica diagnosticada pelo médico, o que pode explicar os motivos de descontinuidade e falta de adesão aos processos terapêuticos. Ao perceber que o médico freqüentemente não valoriza ou não valida suas queixas, aborta-se a possibilidade do vínculo e o tratamento não se instaura. Ou seja, o fato de identificar categorias e de obter uma classificação nosográfica não encerra o processo terapêutico e não parece atender às expectativas de cuidado dos pacientes.

De acordo com Luz (2005, p. 150) este conceito de assistência médica pautada apenas nos sintomas e na pouca atenção ao paciente decorre de uma relação superficial entre médicos x pacientes, o que contribui para uma perda significativa para ambas as partes. Nas palavras da autora, deriva de um processo crescente na “[...] mercantilização das relações entre o médico e seu paciente, visto atualmente mais como um consumidor potencial de bens médicos que como um sujeito doente a ser, se não curado, ao menos aliviado em seu sofrimento pelo cuidado médico”.

A autora menciona que “[...] a generalidade e o distanciamento abstrato com que são tratados os pacientes da biomedicina, em função da centralidade da doença no paradigma da medicina científica [...]” contribuem para que haja “[...] uma barreira cultural para muitos indivíduos e grupos sociais, que demandam ser efetivamente tratados e não apenas diagnosticados” (LUZ, 2005, p. 159).

Contatore e outros (2015, p. 3264) apontam fatores como “[...] insatisfação com a medicina ortodoxa no tratamento das dores, o aumento dos sintomas de *stress* ou ansiedade [...] longas filas de espera e [...] restrições financeiras” estimulam as pessoas na busca por outras formas de cuidado.

Luz (2005, p. 167) cita que “[...] é impossível explicar o adoecer humano apenas biologicamente, assim como é impossível recuperar sua saúde sem levar em consideração os aspectos psíquicos que levam o ser humano a se tomar doente”. Antigos procedimentos como a consulta e escuta detalhada, a forma de curar, são alguns aspectos que considera como aliados no cuidado e bem-estar do indivíduo.

Deste modo a autora pontua que esta forma de atuar da medicina moderna, sobretudo no trato médico está em desvantagem pois “[...] as medicinas alternativas vêm ocupando o lugar deixado vago pela medicina convencional, e dispõem de muita experiência a transmitir nesse sentido” (LUZ, 2005, p. 160). Para Luz (2005,

p.162) a medicina alternativa está a se destacar como opção de tratamento, haja vista a criação da legislação em alguns países, como o Brasil, que legitima determinadas práticas e terapias em relação a medicina convencional.

No modelo referido às medicinas alternativas, tendem a ocupar um espaço crescente de institucionalização, na medida em que operam justamente com uma forma de diagnose e terapêutica tecnologicamente despojada, favorecedora do respeito ao paciente como cidadão e de sua autonomia. Na verdade, tal espaço vem sendo paulatinamente ocupado, sobretudo no Brasil, que adotou, em função das medicinas alternativas, uma legislação pioneira avançada, apesar do processo atual de degradação de sua rede pública.

Assim, desde os anos de 1970, encontram-se iniciativas de integração da medicina tradicional, da medicina complementar e de práticas alternativas (MT/MCA). Trata-se de projetos de políticas públicas nacionais e internacionais, estimulados pela Organização Mundial da Saúde, através do “Programa de Medicina Tradicional” (BRASIL, 2012, p. 17).

3.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DAS PICs

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata, capital do Cazaquistão (ex-república socialista soviética) em 1978, evento organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), foi um marco histórico na discussão sobre a temática da saúde por diversos países que resultou ao final na Declaração de Alma-Ata, em que foram apontados de forma sintetizada e conclusiva neste documento que “[...] a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial” (MENDES, 2004, p. 447).

As diretrizes apontadas pelo principal órgão mundial de saúde foram no sentido de que os governos dos países desenvolvessem programas simplificados de atenção à saúde para as populações carentes de seus países, de forma a reduzir custos, porém sem perder a eficiência e a efetividade no trato da saúde e que promovessem

a formação de recursos humanos baseados nas medicinas tradicionais (GUEDES, 2009, p.132).

Corroborando esta visão, o UNICEF em 1980 ressaltou a importância de implementação de tais medidas em prol da universalização do acesso da população aos serviços de saúde, com foco na atenção primária, descentralização, participação e controle social. Ainda sob esse viés, Guedes (2009, p. 133) complementa que “[...] o conceito de saúde assumia o sentido de um estado de pleno bem-estar físico, mental e social”.

Contudo, na concepção de Luz (2005, p. 147), o que ocorreu na verdade foi uma “crise da saúde” em decorrência do processo de globalização e que se tornou mais latente no continente latino-americano

[...] com a grande concentração de renda atual gerando problemas graves de natureza sanitária, tais como desnutrição, violência, doenças infecto-contagiosas, crônico-degenerativas, além do ressurgimento de velhas doenças que se acreditavam em fase de extinção, tais como a tuberculose, a lepra, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis, que se aliam a novas epidemias como a AIDS.

Além dos aspectos apresentados a autora menciona uma “crise na medicina”, mas não em decorrência do conhecimento e da contribuição para o estudo da biociência, mas que segundo ela, estava relacionado ao modo de atuação até então adotado, com a atenção voltada para a doença e não para o indivíduo, o que possibilitou questionar o modelo até então vigente.

Nesse sentido abriu-se um novo horizonte sobre a temática da humanização e integralidade no cuidado através da medicina integrativa, em que o modelo biomédico “[...] deve ser substituído por uma atitude mais democrática, dialogal e sincrética, no espírito da complementaridade entre distintos saberes e ações em saúde” (TESSER, 2009, p. 1740).

Na década de 1970 despontou na América do Norte e na Europa, tendo ramificações na América Latina, um movimento revolucionário social e político denominado Contracultura, composto por intelectuais, jovens (*hippies*) que se

empenhavam em causas civis, sobretudo na luta contra a desigualdade econômica na sociedade, em função da concentração de renda de uma pequena parte da população, de um sistema alienado do trabalho como fruto da ideologia capitalista e da ausência de uma consciência ecológica por boa parte da sociedade. Essas insatisfações se estenderam de forma opositiva ao modelo de saúde utilizado, rejeitando técnicas invasivas, antinaturais e antiecológicas (SARAIVA, 2015, p. 38).

Deste modo, este movimento repercutiu nos grandes centros urbanos no Brasil e também em países latino-americanos na década de 1980, de forma a mobilizar o resgate de antigas formas de tratamento como a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a ayurvédica e o retorno das chamadas “medicinas populares ou folk do país (como as xamânicas ou as ligadas às religiões afro-indígenas)”. Com isso este período se tornou um marco na sociedade ocidental, para o que foi designado como terapias “[...] ou medicinas alternativas e começaram a disputar espaços não apenas junto à clientela liberal ou privada, mas também nos serviços de saúde” (LUZ, 2005, p. 154).

Em relação a este contexto Barros (2002, p. 157, grifo do autor) já ressaltava a recomendação contida na Declaração de Alma-Ata quanto a necessidade de buscar “[...] *criar uma nova racionalidade* para o campo da saúde, ou seja, um novo exercício da **razão**, que valorize, inclusive o conhecimento tradicional, mantido pelo senso comum”. Ainda de acordo com o autor, esse foi o momento a nível mundial “[...] em que se reconheceu e propôs a episteme do paradigma alternativo no campo da saúde”.

No Brasil as discussões em torno desta temática estiveram presentes no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que ocorreu em março de 1986, em Brasília, através da 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde foram apontados no relatório final as principais diretrizes para a implantação do SUS, quais sejam; a prevenção, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, além de outras dispostas no documento. Deste modo, o texto do relatório no tema 2, item 3, faz uma referência “[...] a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida” (BRASIL, 1986, p. 10).

De acordo com Heberlê (2013, p. 21) com a implantação do SUS tornou-se possível legitimar e utilizar as formas terapêuticas conhecidas pela OMS como “medicina tradicional” (MT) e “medicina complementar/alternativa” (MCA). No Brasil elas são também conhecidas como terapêuticas não convencionais, medicinas naturais, medicina alternativa, além de outras denominações.

As MCAs são compostas por diversas modalidades de terapias e diagnóstico que de acordo com a taxionomia adotada pelo *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), estão elencadas em categorias como sistemas médicos completos, quais sejam; a homeopatia, a naturopatia e as medicinas tradicionais, como a chinesa e a ayurvédica; as que incluem meditação e oração; as terapias ortomoleculares e fitoterapêuticas; as que incluem métodos de manipulação corporal como a quiroaxia, osteopatia, massagens e as terapias energéticas, como o reiki (O'BRIEN, 2004, p. 111).

No contexto brasileiro, Saraiva (2015, p. 23) aponta estudos realizados sobre a orientação da atenção à saúde sob três aspectos; a medicina formal ou mais conhecida como oficial ou a biomedicina; a medicina popular ou “informal” e as medicinas alternativas e complementares. De acordo com a autora, a utilização da medicina popular e das terapias complementares foram as alternativas mais viáveis e disponíveis no trato das moléstias simples, em função da insatisfação na resolutividade dos tratamentos por meio da medicina oficial e na busca por tratamentos que tenham um enfoque de uma perspectiva vitalista, holística.

Tesser (2009, p. 1733) relata estudos no campo da saúde coletiva brasileira que abordam um novo olhar na maneira de cuidar e de práticas que não são utilizadas na medicina convencional, baseada na racionalidade médica que na interpretação do autor considera

[...] um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes composto de cinco dimensões interligadas: uma morfologia humana (anatomia, na biomedicina), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa do que é a doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), todos embasados em uma sexta dimensão implícita ou explícita: uma cosmologia. Através dessa delimitação, precisa e específica, pode-se distinguir entre sistemas médicos complexos como a biomedicina ou a medicina tradicional chinesa e terapias ou métodos diagnósticos isolados ou fragmentados, como os

florais de Bach ou a iridologia, que hoje proliferam na cultura alternativa do pós-anos 60 e da nova era.

O termo racionalidade médica é conceituado por Luz (2005, p. 175) como sendo o “[...] estudo comparativo de quatro sistemas médicos complexos: a Medicina Ocidental Contemporânea ou Biomedicina; a Medicina Homeopática, a Medicina Tradicional Chinesa e a Medicina Ayurvédica”. De acordo com a autora, esses sistemas médicos são analisados sob cinco dimensões; a morfologia humana, a dinâmica vital, a doutrina médica e o sistema diagnóstico e terapêutico que devem estar presentes nos sistemas médicos complexos citados.

Para Schweitzer, Esper e Silva (2012, p. 443) estas práticas estão sustentadas em uma “[...] perspectiva vitalista, centrada na experiência de vida do paciente, com ênfase no doente e não na doença; e integradora, de caráter não intervencionista”.

Merece atenção a distinção apresentada pela OMS quanto aos conceitos da medicina tradicional e da medicina alternativa e complementar, que segundo Saraiva (2015, p. 36) é assim conceituada

[...] a medicina tradicional seria um termo amplo utilizado para designar práticas baseadas em teorias e experiências relacionadas a cultura de cada país, principalmente os orientais e os árabes. O termo medicina alternativa e complementar seria um amplo conjunto de práticas e cuidados de saúde, o qual não faz parte da tradição cultural de certos países e não está integrado à medicina alopática. Medicina alopática seria o sistema que utiliza as práticas de tratamento centradas na doença e não no indivíduo.

Com a legitimação pela OMS da medicina tradicional (MT) e da medicina alternativa e complementar (MAC) foi possível viabilizar a implantação de políticas públicas de saúde, baseada no pluralismo médico e também nas crenças locais de continentes como na África, Ásia, bem como em países da América Latina, nos Estados Unidos, Austrália, Canadá, entre outros. Andrade e Costa (2010, p. 500) ressaltam que a orientação da OMS “[...] seguem a linha interpretativa de que o processo saúde/doença/cura instaura realidades que exigem abordagens intersetoriais, holísticas, multiestratégicas”.

No Brasil, o processo de divulgação das PICs como alternativa de promoção de terapias na saúde pública foi objeto de debate na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília, como explica Luz (2005, p.154)

Esse evento assinala também o boom das medicinas tradicionais complexas na sociedade ocidental, que passaram a ser denominadas de terapias, ou medicinas “alternativas”, e começaram a disputar espaços não apenas junto à clientela liberal ou privada, mas também nos serviços de saúde, demandando uma legitimação institucional até então não reconhecida ou concebida, e obtendo paulatinamente espaços de inserção na rede pública.

Neste sentido, em junho de 2003, o Ministério da Saúde concentrou esforços para a composição de um grupo de trabalho e estudo específico, em torno da elaboração da Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares no SUS, que será exposto no próximo tópico.

3.2 IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DAS PICs NO SUS

A elaboração da legislação sobre a política nacional das PICs baseou-se nas diretrizes recomendadas pela OMS. No final da década de 1970 esse órgão já sugeria às nações-membros da ONU a utilização da Medicina Tradicional, da Medicina Complementar/Alternativa nas políticas de saúde de seus países como forma de integrar às técnicas da medicina ocidental moderna, conforme apresentado no documento “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” em que “[...] preconiza o desenvolvimento de políticas observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso” (BRASIL, 2006).

Nesse viés, o Ministério da Saúde (MS) em junho de 2003 constituiu uma comissão sob a coordenação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) composta por representantes das associações brasileiras de Fitoterapia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica¹, além de outro grupo de trabalho coordenado pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e pela

¹ Medicina Antroposófica foi introduzida no Brasil há aproximadamente 60 anos e apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, buscando a integralidade do cuidado. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia entre outros.

Fonte: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2016.

Secretaria-Executiva, com a participação de representantes das Secretarias de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (MS); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); para viabilizar a implementação da Política Nacional de Práticas Integrativas (BRASIL, 2015, p.9).

Desta forma, em 3 de maio de 2006, foi aprovada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 971 que instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Essa política contempla a disponibilização de terapias que visam “[...] estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico [...]”. Cabe ressaltar ainda que essa política de cuidado tem o objetivo de integrar o ser humano com o meio ambiente e a sociedade (BRASIL, 2015, p. 13).

Além das abordagens apresentadas, outro destaque relaciona-se “[...] a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2015, p.13).

A relevância na disponibilização e regulamentação desta política pelo SUS concentra-se na possibilidade de acesso a serviços antes restritos à prática de cunho privado. Considera-se importante demonstrar o histórico referente a regulamentação e a construção da PNPIC (BRASIL, 2015, p.14-15).

1985 – Celebração de convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), Fiocruz, Universidade Estadual do Rio de Janeiro e Instituto Hahnemaniano do Brasil, com o intuito de institucionalizar a assistência homeopática na rede pública de saúde.

1986 – 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada também um marco para a oferta da PNPIC no sistema de saúde do Brasil visto que, impulsionada pela Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida”.

1988 – Resoluções da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan) – nº 4, nº 5, nº 6, nº 7 e nº 8, de 8 de março de 1988, que fixaram normas e diretrizes para o atendimento em homeopatia, acupuntura, termalismo, técnicas alternativas de saúde mental e fitoterapia.

1995 – Instituição do Grupo Assessor Técnico-Científico em Medicinas Não Convencionais, por meio da Portaria GM nº 2.543, de 14 de dezembro de 1995, editada pela então Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

1996 – 10ª Conferência Nacional de Saúde, que, em seu relatório final, aprovou a “incorporação ao SUS, em todo o País, de práticas de saúde como a fitoterapia, acupuntura e homeopatia, contemplando as terapias alternativas e práticas populares”.

1999 – Inclusão das consultas médicas em homeopatia e acupuntura na tabela de procedimentos do SIA/SUS (BRASIL, 1999).

2000 – 11ª Conferência Nacional de Saúde recomenda “incorporar na atenção básica: Rede PSF e PACS práticas não convencionais de terapêutica como acupuntura e homeopatia”.

2001 – 1ª Conferência Nacional de Vigilância Sanitária.

2003 – Constituição de grupo de trabalho no Ministério da Saúde com o objetivo de elaborar a Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC) ou apenas MNPC – no SUS (atual PNPIC).

2003 – Relatório da 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, que enfatiza a importância de ampliação do acesso aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos no SUS.

2003 – Relatório final da 12ª CNS delibera para a efetiva inclusão da MNPC no SUS (atual PNPIC).

2004 – 2ª Conferência Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovações em Saúde. A MNPC (atual PNPIC) foi incluída como nicho estratégico de pesquisa dentro da Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa.

2005 – Decreto Presidencial de 17 de fevereiro de 2005, que cria o grupo de trabalho para elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.

2005 – Relatório final do seminário “Águas Minerais do Brasil”, em outubro, que indica a constituição de projeto piloto de termalismo social no SUS.

3.3 DEFINIÇÃO DAS TERAPIAS CONFORME PORTARIA Nº 971/2006

A criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) através da Portaria nº 971/2006 pelo Ministério da Saúde permitiu a disponibilização das PICs de forma a possibilitar eficácia, eficiência e segurança para os usuários das terapias pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL,2006).

Nesse sentido proporcionou orientação, respaldo sobre as ações referentes as terapias elencadas na portaria, como a medicina tradicional chinesa/ acupuntura, homeopatia e plantas medicinais e fitoterapia, assim como para os procedimentos que contemplem o termalismo social e a crenoterapia.

Como dito anteriormente, fez-se necessário apresentar separadamente cada uma das terapias como forma de melhor compreensão e detalhamento das modalidades apresentadas no texto legal da portaria, que instituiu a criação da política nacional das práticas integrativas e complementares.

Mediante tal propósito no quadro 1 estão dispostas as definições em referência as seguintes terapias; medicina tradicional chinesa/acupuntura, a homeopatia, as plantas medicinais/fitoterapia, o termalismo social e a crenoterapia. Com isso é possível visualizar e compreender mais claramente quais são essas práticas e terapias disponíveis pelos SUS, bem como quais são suas finalidades terapêuticas.

Quadro 1 – Definição das Práticas Integrativas e Complementares da PNPIC

Terapia	Definição
Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura	Tecnologia de intervenção em saúde, inserida na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), sistema médico complexo, que aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença no ser humano, podendo ser usada isolada ou de forma integrada com outros recursos terapêuticos, como práticas corporais complementares (lian gong, chi gong, tui-na, tai-chi-chuan), práticas mentais (meditação); orientação alimentar; e o uso de plantas medicinais (fitoterapia tradicional chinesa), relacionadas à prevenção de agravos e de doenças, a promoção e à recuperação da saúde.
Homeopatia	Desenvolvida por Samuel Hahnemann no século XVIII, é um sistema médico complexo de abordagem integral e dinâmica do processo saúde-doença, com ações no campo da prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. Atua em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nas doenças crônicas não transmissíveis, nas doenças respiratórias e alérgicas, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos usuários; e contribui para o uso racional de medicamentos, podendo reduzir a fármaco-dependência. Está presente em pelo menos 10 universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, e conta com cursos de formação de especialistas em homeopatia em 12 unidades da Federação. Conta ainda com a formação do médico homeopata aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica.
Plantas medicinais/ Fitoterapia	O Brasil possui grande potencial para o desenvolvimento dessa terapêutica, como a maior diversidade vegetal do mundo, ampla socio diversidade, uso de plantas medicinais vinculado ao conhecimento tradicional e tecnologia para validar cientificamente esse conhecimento. Recurso terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas e que tal abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social.
Termalismo Social/Crenoterapia	O uso das águas minerais para tratamento de saúde é um procedimento dos mais antigos, utilizado desde a época do Império Grego. Foi descrita por Heródoto (450 a.C.), autor da primeira publicação científica termal. O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde. No Brasil, a crenoterapia foi introduzida junto com a colonização portuguesa, que trouxe ao País seus hábitos de usar águas minerais para tratamento de saúde. Durante algumas décadas foi disciplina conceituada e valorizada, presente em escolas médicas, como a UFMG e a UFRJ. O termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde, através dos banhos. A crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica, na ingestão de águas como por exemplo para fins digestivos.

Fonte: Adaptado (BRASIL, 2006)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002) as práticas integrativas e terapias estão avançando tanto nos países desenvolvidos como nos países em

desenvolvimento. No caso do Brasil, a valorização das práticas integrativas no serviço de saúde público brasileiro foi divulgada através da realização do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) em Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e representantes da OMS, em maio de 2008, em Brasília (BRASIL, 2009, p. 10).

Houve a participação de cinco países (China, Cuba, Bolívia, México e Itália) que apresentaram os programas por eles implementados, semelhantes ao programa brasileiro, possibilitando a troca de experiências. A partir desse evento, pode-se observar que

[...] Sem dúvida, há progressos na situação mundial das PICs, por exemplo, no incremento da informação obtida; no fato de que 30% dos países membros já dispõem de políticas nacionais para PICs, como é o caso do Brasil, bem como de 65% dos países já apresentarem procedimentos legais e de regulação. Grande contingente populacional de países em desenvolvimento ou desenvolvidos fazem uso das PICs (BRASIL, 2009, p. 19).

As experiências brasileiras relatadas no seminário foram realizadas em Campinas, Várzea Paulista, Pindamonhangaba, Recife, Vitória, além dos estados do Amapá e do Distrito Federal, através das Secretarias Municipais de Saúde nas modalidades de homeopatia, acupuntura e fitoterapia, além de práticas corporais de diversas modalidades como bioenergia, ioga, massagem entre outras.

Cabe destacar as contribuições oriundas da parceria com universidades e instituições de pesquisas que possibilitaram a transferência de *expertise*, realização de pesquisas em serviço e também utilização como programas para estágios de alunos dos cursos de graduação (BRASIL, 2009, p. 38).

3.4 ESTADO DA ARTE DAS PICs

A importância que as práticas integrativas tem alcançado como alternativa de cuidado para as pessoas tem sido tema de estudos em pesquisas no Brasil e em outros países. Na interpretação de Saraiva (2015, p. 22), embora a medicina ocidental ainda seja a mais atuante como modelo de atenção à saúde, o interesse nas pesquisas e utilização das PICs em âmbito internacional está em expansão.

Estudos realizados em países considerados referência neste assunto como Alemanha, Áustria, Espanha e Inglaterra demonstram esse aumento no interesse e na utilização das PICs por uma parte expressiva da população, assim como vem ocorrendo nos Estados Unidos da América (EUA) e Emirados Árabes. Ainda de acordo com a autora, em uma revisão sistemática realizada por Harris (2012) há pesquisas significativas sendo realizadas em países como Reino Unido, Canadá, Austrália, assim como a contribuição de estudos realizados no Japão, Malásia e Coréia do Sul (SARAIVA, 2015, p. 43).

Neste sentido, cabe destacar também o trabalho de revisão realizado por Contatore e outros (2015, p. 3264) na base de dados da PubMed/Medline e na Biblioteca Virtual da Saúde. Neste trabalho os autores apontam a ascensão e o interesse na utilização, bem como o processo de implementação de políticas das PICs, a nível nacional e internacional no período de 2002 a 2011.

De acordo com os autores, em um contexto mais atual o documento da OMS denominado WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2013 aponta esse crescimento, quanto ao interesse dos indivíduos pela utilização das PICs sobretudo quando comparado a períodos anteriores. Informa ainda que na última década mais de 100 milhões de europeus e também em números expressivos na África, Ásia, Austrália e EUA se reportaram ao uso das PICs (CONTATORE et al, 2015, p. 3264).

As razões apontadas no documento da OMS para essa significativa procura está relacionada a busca por alívio de sintomas para doenças crônicas, ao custo elevados dos tratamentos médicos e o retorno a antigas formas de tratamento. Outra observação está na descrença com os serviços de saúde ofertados pela rede pública, o que estimula a procura por um “[...] cuidado holístico e preventivo às doenças; e os tratamentos que ofereçam qualidade de vida quando não é possível a cura” (CONTATORE et al, 2015, p. 3264).

Entretanto mesmo com essa aparente relevância na procura por outras formas de cuidado, ressaltam que ainda é pequena e inexpressiva as tentativas em criar

políticas de legislação das PICs em determinados países, o que parece ser contraditório diante dos dados das pesquisas (CONTATORE et al, 2015, p. 3264).

No Brasil, os estudos atuais sobre esta temática, apontam para os trabalhos embasados pelos pesquisadores Luz, Barros, Tesser, conforme já sinalizado no capítulo 2 de metodologia. A professora doutora Madel Therezinha Luz desenvolveu uma linha de pesquisa relacionada às Racionalidades Médicas (RM), cujos estudos iniciais foram realizados no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ) em 1991.

Esse trabalho se estendeu por várias unidades acadêmicas do Brasil, compondo o Grupo de Pesquisa do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ), atualmente conhecido como Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, cuja sede está na Universidade Federal Fluminense (UFF). Além de Luz, os pesquisadores Charles Dalcanale Tesser, Nelson Filice de Barros e Roseni Pinheiro fazem parte desse grupo de estudo.

As pesquisas desenvolvidas por essa equipe tem o intuito de contribuir com estudos teóricos ou empíricos nos sistemas médicos que estão sendo empregados atualmente como a “[...] biomedicina, homeopatia, medicina chinesa, medicina ayurvédica e medicina antroposófica, comparando os diferentes sistemas de diagnose, terapêutica, doutrina médica, dinâmica vital e morfologia humana” (RACIONALIDADES MÉDICAS, 2016).

De acordo com Luz (2008, p. 10) a saúde contemporânea apresenta “[...] diversidade, fragmentarismo, colagem ou, se preferirmos a expressão cunhada por Lévi-Strauss, bricolage, hibridismo e sincretismo” resultante de “[...] características culturais atribuídas à pós-modernidade”. Essas características estão presentes, na opinião de Luz (2008, p. 11), ao fato da grande preocupação atual em manter a saúde, pois

[...] adoecer significa para numerosos indivíduos e famílias atualmente, na América do Norte ou na Europa, na América Latina ou na Ásia, perder o emprego, abrir falência, cair abaixo da linha da pobreza e daí provavelmente não sair. Cuidar da saúde, ou manter a saúde em forma implica, neste momento, cuidar também do emprego,

portanto, da própria sobrevivência. Tal situação de insegurança e instabilidade torna-se, por sua vez, fonte do constante desconforto, inquietação e perturbação, designado medicamente como estresse, gerador de adocimento em grandes faixas da população.

Ainda de acordo com a autora, essa pressão emocional tem ocasionado um “grande mal-estar psicossocial” que provoca o desenvolvimento de patologias e síndromes muitas vezes sem uma definição concreta pela biomedicina, o que proporciona a uma “[...] constante busca de cuidado das pessoas em um conjunto de atividades, todas vistas como terapêuticas, dentre as quais se sobressaem as práticas terapêuticas alternativas” (LUZ, 2008, p.12).

Nesse viés, Luz (2005, p. 162) aponta que as terapias alternativas, como a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica, tem demonstrado um papel relevante na resolutividade de problemas.

Esse processo se torna claro quando se entrevistam pacientes de homeopatia da rede pública. Também se pode notar o mesmo processo em pacientes da medicina ayurvédica em hospital público. Já na medicina tradicional chinesa, por outro lado, é com a prática dos exercícios derivados das artes marciais, como o tai chi chuan, que se nota esse tipo de mudança, pela qual o paciente passa a ser menos dependente de remédios e de médicos, tornando-se um agente de cura de si mesmo. Os outros tipos de terapêutica da medicina chinesa, como a massagem e a acupuntura, por sua própria natureza, facilitam a passividade. Diante da nossa medicina ocidental, que tende a estabelecer uma relação de heteronomia dos sujeitos em relação à sua saúde, e até mesmo em relação ao seu próprio corpo, acredito que as medicinas alternativas dispõem, na atualidade, de um manancial de informações e de postura terapêutica frente aos cidadãos doentes que não deve ser ignorado, muito menos desprezado.

No Brasil, nos anos 1980, movimentos organizados da sociedade civil, como associações comunitárias, ONGs, entre outros pressionaram para que a medicina alternativa fosse ofertada na saúde pública brasileira. Por meio de um convênio celebrado, em agosto de 1985, entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e instituições acadêmicas como a Fiocruz e a UERJ, como também o Instituto Hahnemanniano Brasileiro (IHB), foram disponibilizadas no serviço médico da previdência social a homeopatia, a fitoterapia e a medicina tradicional chinesa (acupuntura), terapias essas que também se tornaram objetos de estudo para pesquisa e extensão (LUZ, 2005, p. 165).

Barros, Benevides e Simoni (2008, p. 70) destacam que o crescimento das práticas não convencionais e que a criação da legislação em alguns países trouxe credibilidade na oferta das terapias para integração nos sistemas de saúde destes países. Citam ainda que a legislação é pautada na “[...] diversidade sociocultural de formas de cuidado e cura [...] com base na proteção da população contra a má prática e os efeitos indesejados e na garantia de transparência e direito de escolha”.

Todavia os autores corroboram com o ponto de vista de Contatore e outros (2015) que embora haja a criação da legislação das PICs, ainda são tímidas a criação de novas políticas que implementem estas terapias em outras esferas públicas.

No entanto, mesmo com o movimento mundial de legitimação e legalização das PIC a sua integração continua a ser um desafio em diferentes níveis, pois enquanto no âmbito de certas instituições e entre profissionais e usuários, a integração cresce, deixando ver o uso concomitante de diferentes terapias e racionalidades, no âmbito das políticas e dos conselhos profissionais inexistente integração (BARROS, BENEVIDES, SIMONI, 2008, p. 71).

Luz (2005, p. 170) coaduna com tal posicionamento, pois de acordo com a autora ainda que haja a legitimação destas terapias, existem resistências permeadas pela medicina científica “Em geral, as instituições ligadas à reprodução do saber biomédico, como as faculdades de Medicina, ou os hospitais, são as que mais se opõem à inserção de medicinas alternativas em espaços institucionais [...]”.

Contatore e outros (2015, p. 3264) consideram que “[...] novos procedimentos técnicos nos serviços públicos está vinculada a uma política de evidências científicas restritivas que privilegiam evidências quantitativas [...]” e não tem o foco na parte qualitativa dos resultados.

No caso do Brasil, com a implantação da PNPIC através da Portaria nº 971/2006, foi possível perceber os avanços que esta política após dois anos de sua implantação no SUS proporcionou como por exemplo; o estímulo para que muitos municípios ampliassem a oferta de PIC, através de iniciativas voluntárias e institucionalizada por meio de atos ou leis municipais; a cooperação técnica com a OMS e participação em grupos de trabalho e agendas internacionais, assim como o desenvolvimento de projetos de cooperação com países da América Latina, África e Europa, além de

Índia e China, demonstram como essa política contribuiu para o despertar de novas formas de cuidado no campo da saúde brasileira (BARROS, BENEVIDES E SIMONI, 2008, p. 71).

Todavia os autores argumentam que medidas ainda precisam ser articuladas entre o governo, a sociedade civil e as esferas do SUS, como forma de suprir deficiências encontradas no modelo. Entre estas, pode-se citar o aumento na formação e qualificação de profissionais nas PICs em quantidade suficiente para atendimento, bem como o fornecimento gratuito de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos e a disponibilidade de agulhas para os tratamentos MTC e acupuntura, além do monitoramento e avaliação dessas terapias em consonância com a PNPIC (BARROS, BENEVIDES E SIMONI, 2008, p. 75).

Nesse diapasão os autores observam que

[...] ainda que haja muito a ser construído, considera-se que muitos êxitos foram obtidos, por um lado, internamente, na medida em que o desenvolvimento da PNPIC é mais um exercício de democracia, suporte à pluralidade e respeito ao usuário, ao veicular informações claras, precisas e atuais, referentes aos tipos de terapias e racionalidades disponíveis para o cuidado. Por outro, internacionalmente, quando o desenvolvimento nestes dois anos de PNPIC reforçou a visão de que o sistema público de saúde brasileiro, modelo mundial em várias ações, segue competente na defesa da construção de um paradigma prudente para uma vida decente (BARROS, BENEVIDES E SIMONI, 2008, p.75).

Portanto um passo fundamental para a implementação de políticas nesse sentido já foi realizado, com a regulamentação das práticas integrativas através da Portaria nº 971/2006, permitindo que outras ações possam ser promovidas em outras esferas públicas que não apenas pelo SUS. Como já explicitado anteriormente, apesar de tais experiências e de outras que vem a ocorrer no país, o mundo acadêmico ainda tem se mostrado resistente a essas práticas enquanto modalidades da ciência.

Nesse sentido são tímidos os projetos com essa abordagem destinada ao bem-estar de servidores e a comunidade em geral disponíveis em universidades públicas. Entretanto cabe ressaltar o artigo de Lima e outros (2012, p. 78) intitulado Terapias Complementares: Um projeto de extensão, realizado na Universidade Estadual de

Feira de Santana (UEFS) na Bahia, onde são descritos os procedimentos e resultados obtidos referentes a “[...] implantação e implementação de um projeto de extensão com utilização de terapias complementares e integrativas junto à comunidade de uma universidade pública no interior da Bahia”. Além desse, merece atenção o Projeto Amanhecer, criado em 1996 na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que como dito anteriormente, foi o fator propulsor de incentivo para desenvolver o tema desta pesquisa.

3.5 PROJETO AMANHECER NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

O projeto “Cuidando de Quem Cuida” criado em 1996 pela diretora do departamento de enfermagem, a professora Dra. Beatriz Beduschi Capella e pela nutróloga Maria Alice Sturpp, teve sua origem no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Esta iniciativa visava disponibilizar práticas terapêuticas aos profissionais de enfermagem, com o propósito de melhorar os sintomas de cansaço e estresse comuns em um ambiente hospitalar e assim prestarem um melhor atendimento aos pacientes do hospital (MAFRA, BROCKER, NASCIMENTO, 2014, p. 6).

A partir de 2004 o projeto passou a denominar-se Projeto Amanhecer, sob a orientação da Divisão Auxiliar de Pessoal do HU. Houve também neste período a expansão do atendimento para a comunidade acadêmica da UFSC. Em 2012 uma nova reestruturação aconteceu e com isso ampliou-se a assistência para a comunidade externa. Nesta fase passou a contar com a participação de voluntários, de forma que surgiu o modelo de gestão pautado na forma de colegiado, em que as decisões se tornaram descentralizadas e com a participação de todo o grupo de voluntários (MAFRA, BROCKER, NASCIMENTO, 2014, p. 6).

De acordo com as autoras, esse modelo de gestão participativa de voluntariado contribuiu para organizar um organograma e fluxograma, cujos propósitos estavam “[...] baseados na prática, facilitando assim, os processos de administração e de gestão da prática clínica por meio de entrevistas estruturadas e profissionais, dentro

dos padrões de legalidade e exigências éticas”. (MAFRA, BROCKER, NASCIMENTO, 2014, p.6)

No site da UFSC estão relacionados os objetivos do Projeto Amanhecer;

- a) Oferecer um atendimento multidisciplinar com práticas integrativas e complementares à comunidade universitária da UFSC, constituída por docentes, discentes e servidores técnico-administrativos em educação e mais recentemente à comunidade externa;
- b) Incentivar a valorização do trabalho voluntário, identificando-o como uma forma de compromisso com a sociedade;
- c) Implantar programas de educação e de prevenção à saúde; e
- d) Promover cursos e eventos científico-culturais na área da saúde

O Projeto Amanhecer se alinhou em diversos pontos com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, pois tem como proposta a prevenção e tratamento das disfunções através de terapias seguras, com destaque para o foco na “[...] escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, abrangendo as práticas integrativas-complementares, terapias alternativas e assistência psicológica” (UFSC, 2013).

Deste modo, o trabalho desenvolvido visa promover o bem-estar do indivíduo através de diversas modalidades de terapias. Atualmente, no site da instituição constam práticas terapêuticas como; Apometria, Auriculoterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Geobiologia Ambiental e Pessoal, Grupo de Mulheres, Hatha Yoga, Massoterapia, Naturologia, Om Healing, Parapsicologia Clínica, Psicoterapia, Radiestesia Sensitiva e Captação, Reiki, Reflexoterapia, Tao Yoga, Terapia Floral, Terapia Holística, Terapia de Integração Craniossacral, Terapia de Pedras Quentes, Vivência de Autocura e Cura Planetária, Yoga Coração Saudável (UFSC, 2013).

Existem modalidades de terapias em que não são solicitadas inscrições prévias, apenas que o interessado compareça com antecedência para o atendimento em terapias como Floral, Reiki, Deeksha entre outros. O projeto quanto a viabilidade

relativa aos recursos humanos conta com a participação da comunidade acadêmica e servidores da UFSC, além de terapeutas, pesquisadores e educadores voluntários.

O participante voluntário após um ano de trabalho e avaliação realizada pela supervisão poderá dispor de um certificado de horas trabalhadas, sendo útil para ser apresentado em serviços de saúde, estágios e como experiência curricular. (UFSC, 2013).

De acordo com Mafra, Brocker e Nascimento (2014, p. 7) no decorrer das modificações ocorridas no formato do projeto, o modelo assistencial alterou-se para “[...] o contexto acadêmico da UFSC, por meio do trabalho voluntário e de uma equipe multiprofissional em saúde, que visa desenvolver, além da atenção básica em saúde, atividades de extensão e pesquisa [...]”, de forma que “[...] as terapias passaram a ser oferecidas não somente aos profissionais da saúde do HU, mas também à comunidade universitária da UFSC”.

Nas pesquisas realizadas pelas autoras, puderam constatar o interesse e o crescimento na procura pelas “[...] Terapias Integrativas e Complementares pela comunidade, bem como o aumento de voluntários interessados em dispor de seu tempo para realizar trabalhos terapêuticos [...]”. E ainda, que o objetivo maior do projeto é proporcionar “[...] o reequilíbrio da saúde física, mental, emocional e espiritual de seus participantes, além de implantar programas de prevenção e manutenção da saúde [...]” (MAFRA, BROCKER, NASCIMENTO, 2014, p. 8).

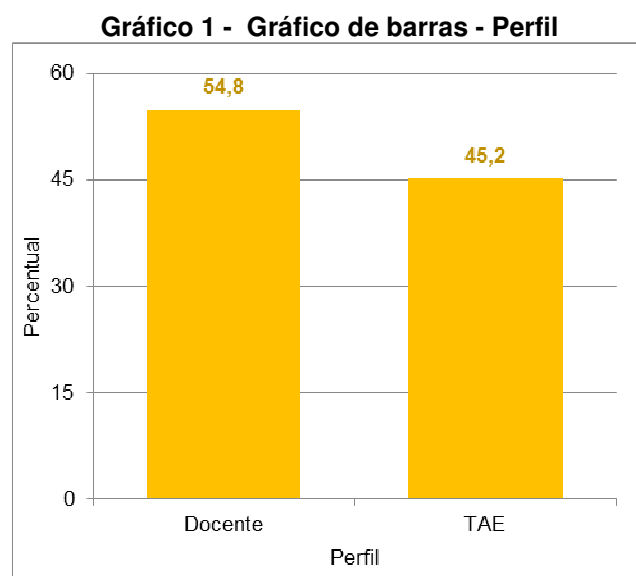
Nascimento (2016, p. 120) como resultado final de seu trabalho avalia que no aspecto geral e sobretudo sob o ponto de vista dos usuários do Projeto Amanhecer, consideram muito positivas a utilização das terapias e ainda que os usuários dizem experimentar “[...] em decorrência dessa escolha, uma evolução em seu bem-estar físico, emocional, psicológico, social e espiritual”.

CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo tem por finalidade a apresentação da análise dos resultados encontrados na pesquisa, em conformidade com a metodologia apresentada no capítulo 2. Para este propósito na primeira parte encontra-se o perfil da amostra, a seguir foram expostos os resultados referentes as variáveis em relação ao conhecimento e interesse sobre as PICs. As estatísticas de natureza descritiva encontram-se na terceira parte e, por fim, é apresentado um estudo de associação realizado através de tabelas de contingência (ou tabelas cruzadas) e o Teste Exato de Fisher.

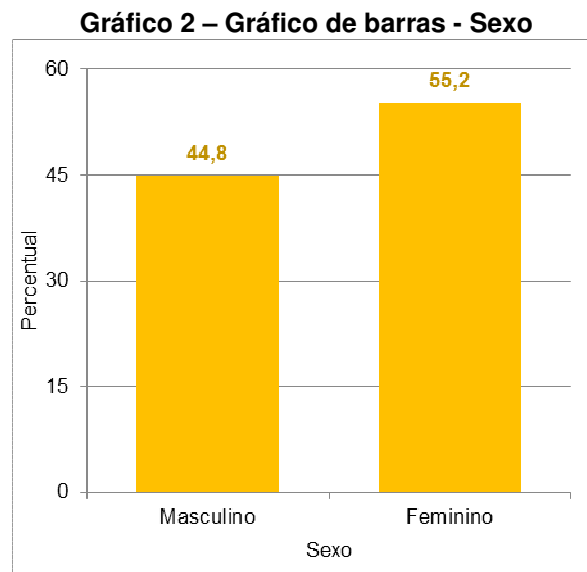
4.1 PERFIL DA AMOSTRA

São apresentadas nesta seção os dados sociodemográficos encontrados na pesquisa sobre o perfil dos respondentes como: sexo, estado civil, faixa etária, escolaridade, campus em que está lotado e o tempo na instituição. Estes resultados se encontram registrados em tabelas de frequência e gráficos de barras das variáveis que descrevem estes perfis. O conteúdo da Tabela 4 (Apêndice D) e os gráficos de 1 a 7 apontam que a maioria da amostra foi composta por docentes (54,8%) em seguida pelos TAEs (45,2%), conforme pode ser visto no Gráfico 1.



Fonte: Elaboração própria.

A população feminina foi predominante na participação da enquete, conforme se verifica no Gráfico 2.

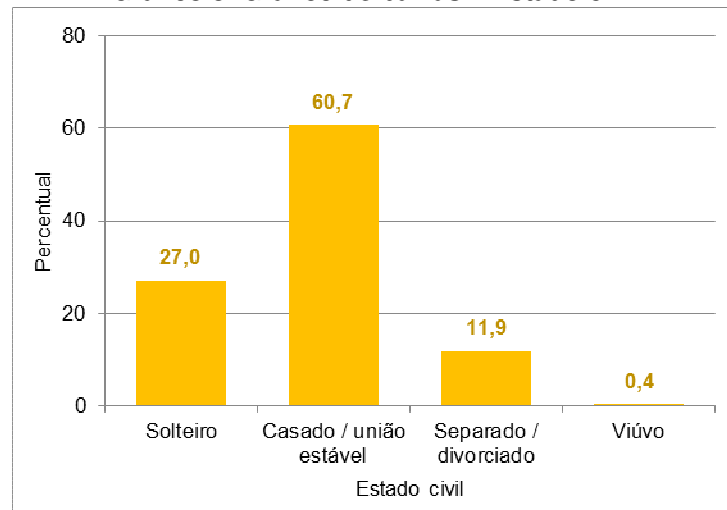


Fonte: Elaboração própria.

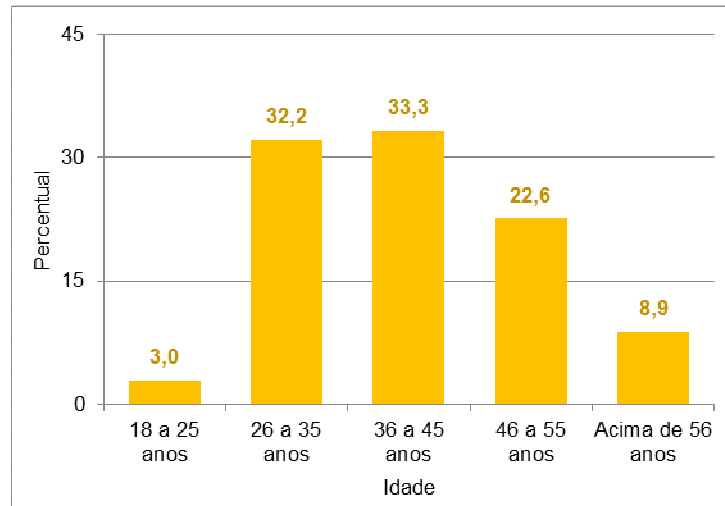
A maior participação feminina corrobora os resultados da pesquisa apresentados por Nascimento (2016, p. 83), em que ratifica esse perfil de pacientes de um hospital particular que oferta terapias alternativas-complementares. Assim do total de 237 pacientes “[...] 61% eram mulheres ou, ainda quando Pennafort (2015), alicerçado em dados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE, revelou serem 78% as mulheres que fazem uma consulta médica [...] no ano [...]”.

A autora considera que essa presença feminina em contraponto à masculina pode estar atrelada a conceitos culturais, pois o homem ainda se considera um ser forte, viril e a busca por cuidados médicos, sobretudo que versam sobre diferentes modalidades, não desperta ainda o interesse na vida de muitos deles (NASCIMENTO, 2016, p. 83).

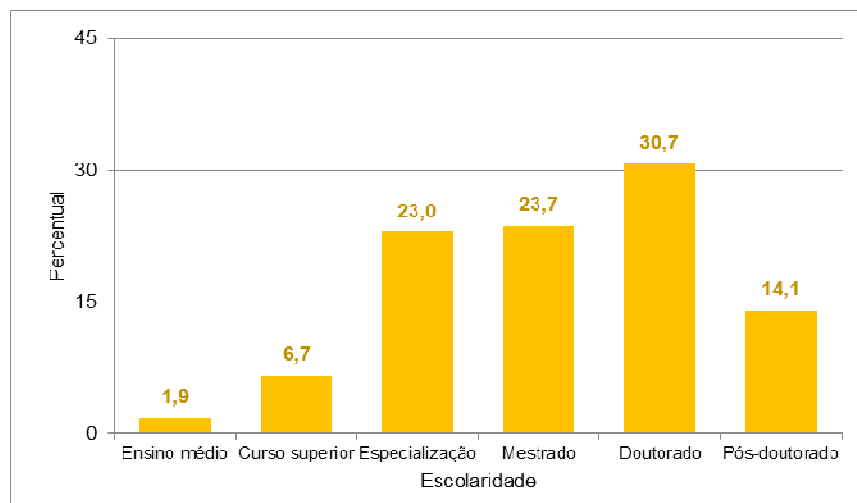
No que tange ao estado civil, destaca-se que 60,7% declararam-se como casados ou com união estável e houve uma predominância de duas faixas etárias de 26 a 35 anos com 32,2% e de 36 a 45 anos com 33,3%, de acordo com os resultados exibidos no gráfico 3 e 4. Quanto ao nível de escolaridade 30,7% tem doutorado; e em relação ao tempo de serviço na instituição 42,6% tem entre três a sete anos (Vide Gráfico 5).

Gráfico 3. Gráfico de barras – Estado civil

Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 4. Gráfico de barras – Idade

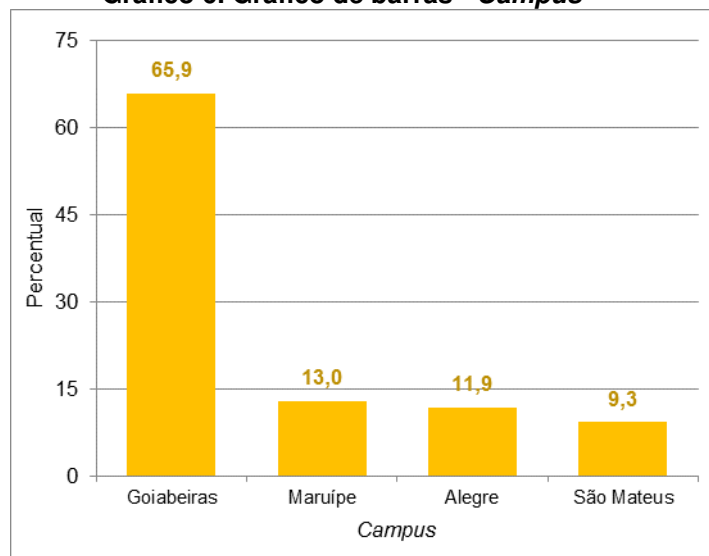
Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 5. Gráfico de barras - Escolaridade

Fonte: Elaboração própria.

Ressalta-se que a maior contribuição na pesquisa foi oriunda do campus de Goiabeiras, com 65,9% das respostas, conforme apontado no Gráfico 6. É neste campus que estão concentradas a maior parte dos cursos de graduação, pós-graduação, centros de ensino, laboratórios e projetos de extensão da universidade, além da Administração Central como a Reitoria e as Pró-reitorias, sendo esta a possível razão pelo maior retorno na pesquisa.

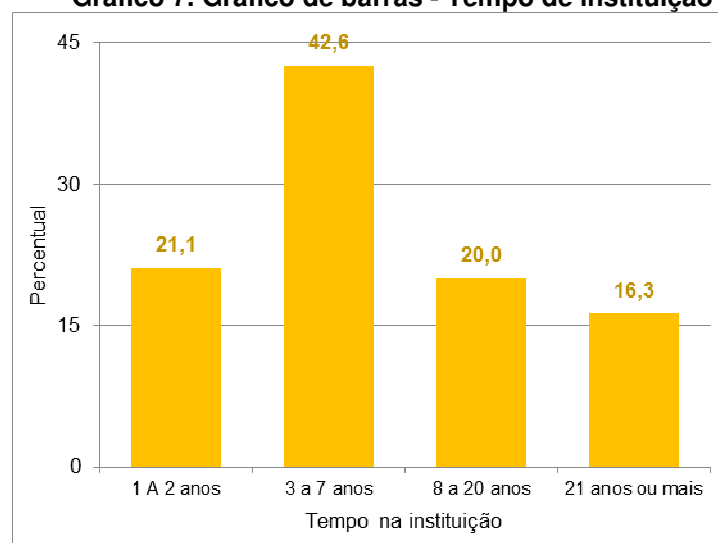
Gráfico 6. Gráfico de barras - Campus



Fonte: Elaboração própria

Por fim, no Gráfico 7 são apontados os resultados referentes ao tempo que o servidor trabalha na Ufes.

Gráfico 7. Gráfico de barras - Tempo de instituição



Fonte: Elaboração própria.

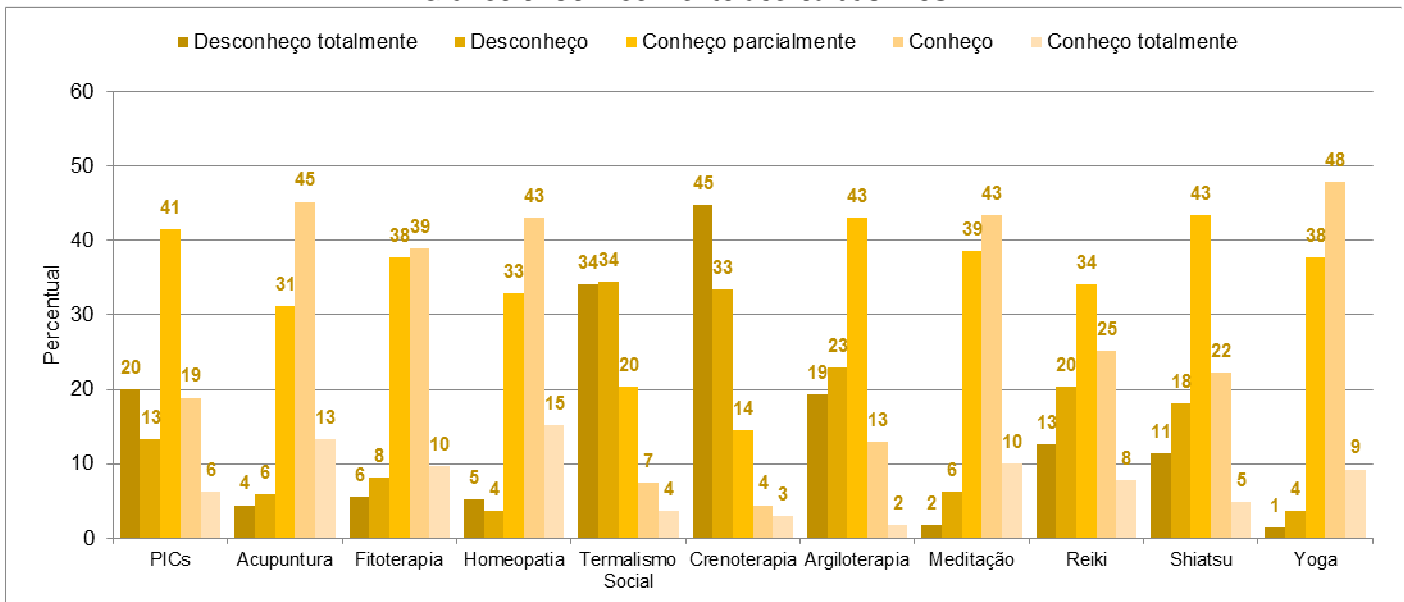
4.2 CONHECIMENTO E INTERESSE PELAS PICs E TERAPIAS

Os resultados referentes às variáveis quanto ao nível de conhecimento e interesse do servidor acerca das práticas integrativas e das demais modalidades terapêuticas estão dispostos neste tópico, particularmente na Tabela 5 (Apêndice E) e no Gráfico 8, nos quais pode-se observar que 41% afirmam que “conhecem parcialmente” as PICs, enquanto 33% dos participantes declararam “desconhecer”.

As terapias que os respondentes apontaram como “conhecem” ou “conhecem totalmente” foram a acupuntura e a homeopatia, representando 58% dos participantes e em seguida a yoga com 56%.

Por outro lado o termalismo social e a crenoterapia foram as modalidades menos conhecidas do tipo “desconheço totalmente” por 75% dos indivíduos da pesquisa.

Gráfico 8. Conhecimento acerca das PICs



Fonte: Elaboração própria.

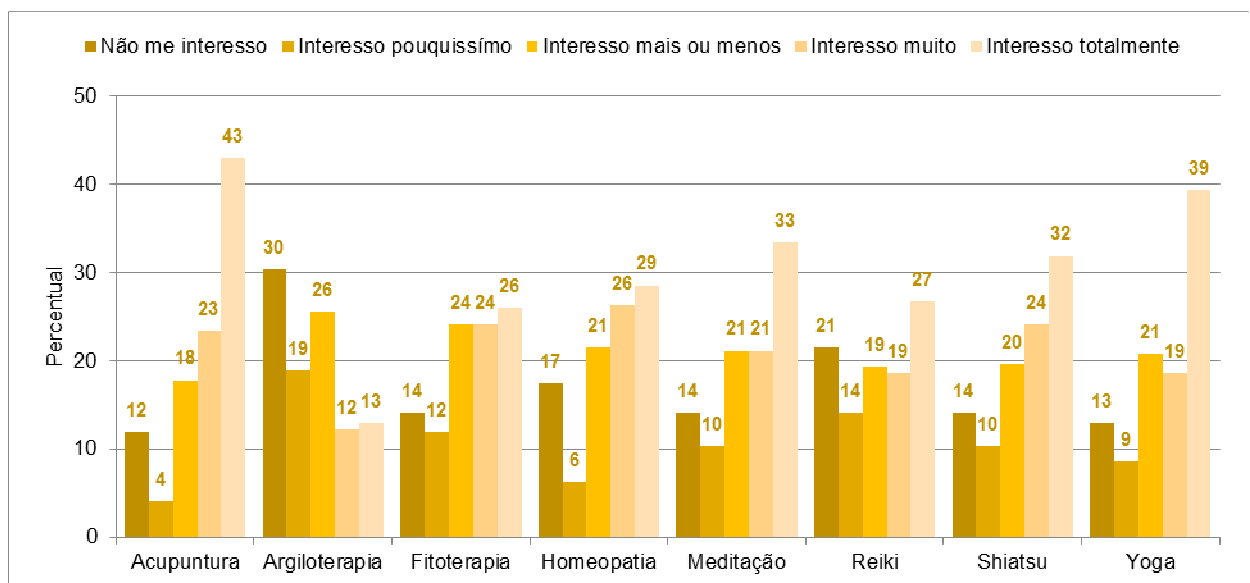
Esse resultado não causou surpresa por serem terapias menos divulgadas e portanto desconhecidas do público em geral, o que corrobora com os resultados da pesquisa de Gontijo (2014, p.41) que em uma amostra de 117 respondentes sobre o conhecimento das PICs concluiu que “[...] as mais conhecidas são: acupuntura

(97,5%), a fitoterapia (88,1%) e homeopatia (78,8%) e as menos conhecidas são: antroposofia (5,9%), o termalismo (12,7%) e a ayurvédica (16,9%)”.

Nesse viés, ao analisar as questões que demonstram o interesse do servidor pelas PICs e demais terapias, cujos dados encontram-se na Tabela 6 (Apêndice F), tem-se pelo Gráfico 9 que a acupuntura e a homeopatia foram as que obtiveram maior interesse com 66% e 55% respectivamente, com respostas do tipo “interesse muito” e “interesse totalmente”.

Além dessas, outras modalidades de terapias também apresentam destaque como a yoga com 58% em seguida o shiatsu com 56%. Um fato curioso é que quase todas as demais apresentaram um percentual de interesse superior a 50%, com exceção da argiloterapia, em que 59% dos respondentes afirmaram não ter interesse nesta modalidade.

Gráfico 9. Interesse nas PICs e outras terapias



Fonte: Elaboração própria.

No questionário, em uma questão do tipo aberta, foi solicitado aos participantes que mencionassem outra modalidade de terapia de seu interesse, além das dispostas no formulário, tendo-se obtido 152 respostas que foram categorizadas e estão condensadas na Tabela 7 (Apêndice G). Entretanto foram validadas 164 sugestões, em decorrência de alguns respondentes citarem mais de um tipo de terapia nesta questão.

Ao se categorizar os tipos encontrados, àquelas consideradas como terapias permaneceram com a mesma nomenclatura apresentada pelo respondente. As demais foram incluídas em categorias específicas, classificadas como método de tratamento, esporte, atividade física.

Foram citadas diversas modalidades como massagem, aromaterapia, relaxamento, musicoterapia, Liang Gong, terapias com florais, biodanza entre outras. No entanto com 15,2% estão as categorias com maior frequência e relacionadas a tipos de terapias compreendidas como métodos de tratamento tais como psicoterapia, quiropraxia, psicanálise, terapia psicológica, RPG, hipnose, cinesioterapia, análise, medicina ayurvédica, medicina ortomolecular, fisioterapia.

Em seguida, 12,2% dos respondentes apontaram aquelas categorizadas como atividade física como o pilates e a ginástica laboral, as mais citadas. A massoterapia e o Tai Chi Chuan compreendidas como terapias, apresentaram 9% da preferência, além de modalidades como o shiatsu e a yoga, que embora já mencionadas na variável anterior, foram novamente replicadas. Por fim, com 1,8% estão aquelas consideradas como esporte; jiu jitsu, jogo de xadrez, práticas de artes marciais.

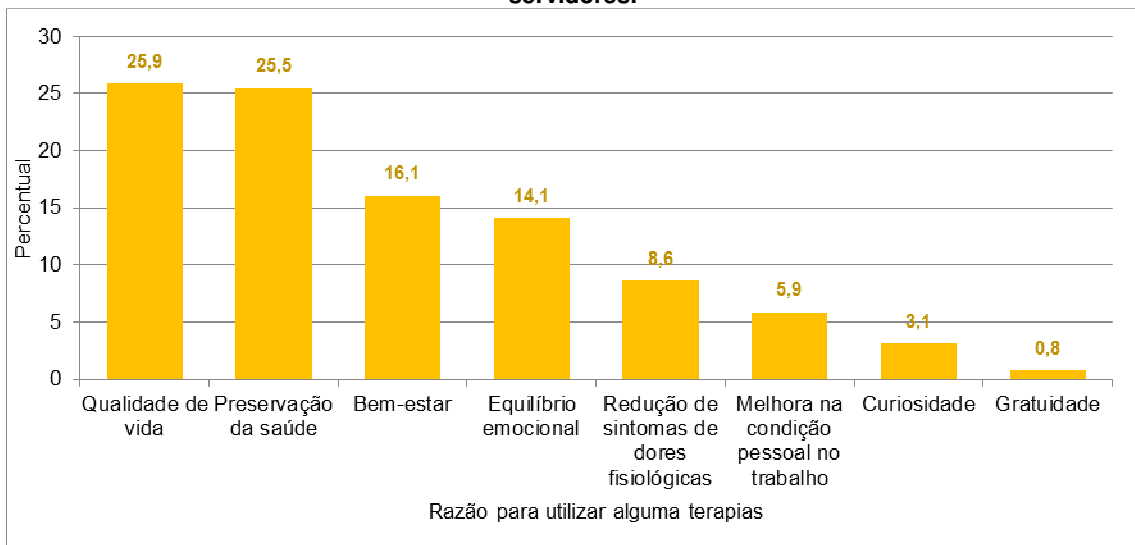
Cabe ressaltar que os demais respondentes da pesquisa, ou seja 118 participantes, apresentaram respostas tais como: “Nada a declarar”, “Não sei”, “Nenhuma além das mencionadas”, “Todas as opções que tenho interesse estão elencadas”, “Todas as terapias alternativas que conheço foram mencionadas”, “Não conheço muito sobre o assunto” e “Não me veio nada”.

Na sequência da estrutura do instrumento de coleta de dados, novamente em formato de questão aberta, foi solicitado ao servidor mencionar o motivo pelo qual utilizaria e logo a seguir pelo qual não utilizaria algumas das terapias. As respostas foram categorizadas e estão sintetizadas na Tabela 8 (Apêndice H) e nos Gráficos 10 e 11.

Observou-se que 255 pessoas responderam a primeira questão e 258 informaram o motivo pelo qual não se utilizariam algumas das modalidades terapêuticas. Percebeu-se que os argumentos mais considerados para se utilizar as terapias estão relacionados a busca pela qualidade de vida e a preservação da saúde, correspondendo, juntos, a mais de 50% das respostas válidas.

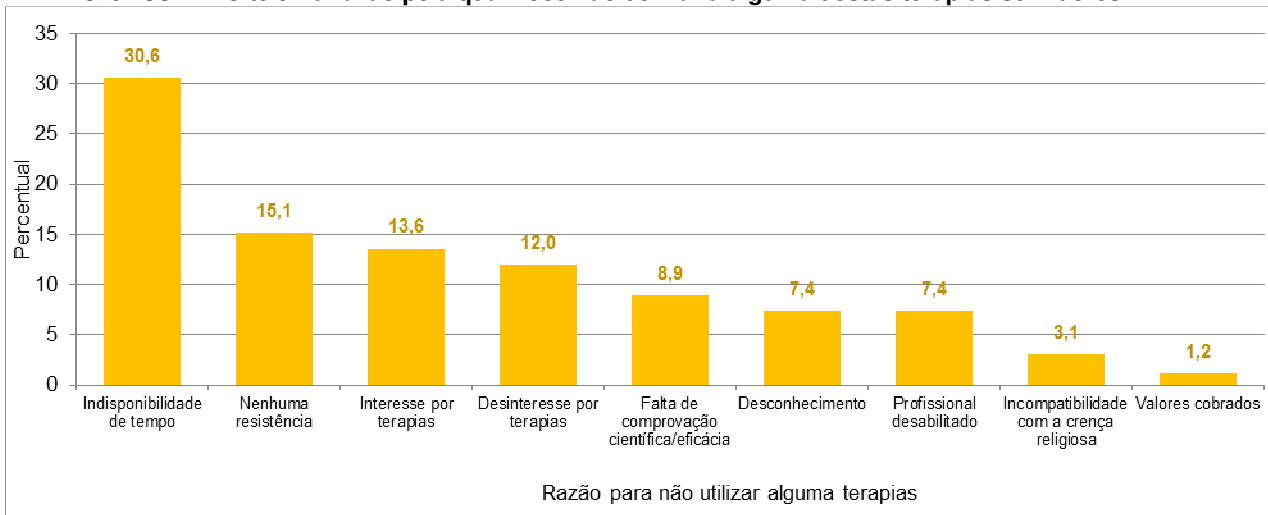
Em seguida aparecem o bem-estar e equilíbrio emocional como as razões mais citadas com respectivamente 16,1% e 14,1% de frequência. Este resultado pode ser verificado também na pesquisa realizada por Nascimento (2016, p. 82) sobre o Projeto Amanhecer uma vez que os participantes se sentem valorizados em suas “[...] dimensões biopsicossocial [...] os sintomas relatados por eles [...] considerando a qualidade de vida, resiliência, aspectos culturais e profissionais [...]”.

Gráfico 10. Cite uma razão pela qual você utilizaria alguma destas terapias, caso oferecida aos servidores.



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 11. Cite uma razão pela qual você não utilizaria alguma destas terapias servidores



Fonte: Elaboração própria.

A indisponibilidade de tempo foi apontada por 30,6% dos respondentes como a principal razão para não se utilizar as terapias e 15,1% consideraram não ter nenhuma resistência em utilizá-las. É interessante que 13,6% afirmaram que não

utilizariam determinados tipo de terapia, em função de alguns receios, como por exemplo; argiloterapia por “sujar muito”, a acupuntura por “medo de agulhas”, mas que especificam as terapias, porém não apresentam impedimento em relação as outras modalidades.

Entretanto, embora perceba-se o interesse de boa parte dos servidores pelas práticas, observa-se que outra parte da amostra aponta as razões para a não utilização das terapias. Dentre os motivos citados 12% por desinteresse, 8,9% alegam falta de comprovação científica e 7,4% desconhecem as terapias, assim como, em igual índice percentual, alegaram que não utilizariam se o profissional não fosse habilitado para aplicar as terapias.

Essa oposição pode ser corroborada sob a análise de Zanini, Grigório e Signorelli (2014, p. 31) pois

[...] Apesar das práticas integrativas e complementares em saúde estarem em ascensão, ainda encontra-se certa resistência na sua utilização, por parte de alguns profissionais da saúde e da população em geral. Isso se deve principalmente pela escassez de material científico que sustente o seu uso, pela pouca aceitação de outros métodos de pesquisa além do método científico, pelas informações desencontradas sobre muitos desses recursos, questões éticas e de biossegurança, bem como questões de ordem mais operacional, tais como onde encontrar, quais profissionais estão habilitados a aplicar entre outros questionamentos.

Frossard (2014, p. 38) ratifica esse posicionamento em seu trabalho sobre a acupuntura, realizado no hospital universitário da UFES, que aponta a falta de conhecimento e acessibilidade como forma de contribuir para uma certa desconfiança nas pessoas na utilização desta prática terapêutica

[...] é fato que por se tratar de uma prática de origem chinesa, com fundamentações diferentes da medicina alopática praticada no Brasil, a aceitação pela acupuntura ainda é marcada por preconceitos, muitas vezes em função do próprio desconhecimento da população quanto aos mecanismos de ação da acupuntura enquanto método terapêutico.

Sacramento e Gentili (2016, p. 117) apresentam em seu artigo a experiência da implantação na capital capixaba das PICs pelo poder público e assim demonstrou “[...] a existência de esforços técnicos empreendidos para seu desenvolvimento, apesar do município dispor de poucos recursos para as ações. Alguns aspectos pesam contra a consolidação [...] no campo das PICs”.

De acordo com as autoras estas dificuldades são oriundas da resistência em aceitar os princípios e a forma de atuação das PICs por parte “[...] dos gestores, profissionais e técnicos, formados na cultura hegemônica” e ainda “[...] são atividades que se desenvolveram na esteira da lógica pré-capitalista, ou no máximo, mercantil” (SACRAMENTO E GENTILLI, 2016, p. 117). Citam ainda que estas práticas são baseadas em procedimentos e medicamentos de baixo custo e que não proporcionam lucros financeiros e ainda requer do profissional uma atuação mais contínua no procedimento terapêutico.

4.3 ESTUDO DE ASSOCIAÇÃO

Com o propósito de verificar a associação entre Sexo, Idade, Escolaridade, Tempo de Instituição, Campus e as variáveis de conhecimento e interesse sobre as terapias foram feitas tabelas de contingência (tabelas cruzadas) e aplicado o Teste Exato de Fisher.

É importante registrar que como o grupo com idade entre 18 e 25 possui apenas 8 indivíduos, nesta análise foi criado um novo grupo de faixa etária, 18 a 35 anos para tornar os grupos de idade mais balanceados. Além disso, foram excluídos desta análise os indivíduos que possuem ensino médio, pois eles formam um grupo demasiadamente pequeno, com apenas 5 indivíduos.

As tabelas de contingência são utilizadas para registrar observações independentes de duas ou mais variáveis aleatórias e o Teste Exato de Fisher de acordo com Campos (2001) “[...] testa diferenças entre dois grupos independentes em relação a uma variável qualquer [...] isso leva a uma construção de uma tabela de contingência 2x2”.

Em todos os casos foi adotado o nível de 5% de significância, ou seja, toda vez que a significância associada ao teste foi menor que 0,050, pode-se dizer que há

evidências suficientes para afirmar que existe associação entre as variáveis em questão.

Assim quando a significância foi menor que 0,050 (5%), diz-se que existe associação significativa, de outro modo quando a significância foi maior que 0,050 (5%), não existe tal associação significativa. Dessa forma seguem os resultados encontrados nas variáveis, cabe destacar que também foi apresentado os resultados encontrados em termos percentuais em relação as variáveis analisadas.

4.3.1 CONHECIMENTO SOBRE AS TERAPIAS

Nesta seção são apresentados os estudos de associação entre o conhecimento sobre as terapias e a variável de perfil dos participantes da pesquisa. Tomou-se como base para análise a Tabela 9 (Apêndice I) que contém dados referentes ao sexo dos participantes e, também, as respostas dos questionários.

Assim, pode-se observar que para o termalismo social, a argiloterapia, o reiki, o shiatsu e a yoga a significância foi menor que 0,050 ou seja, ocorreu associação entre o conhecimento declarado em relação ao sexo dos indivíduos, para as demais não houve tal significância. Em termos percentuais, verificou-se que as mulheres sobressaem em nível de conhecimento em relação aos homens, quando se observa, sobretudo, terapias como: acupuntura; 61,7% mulheres e 54,5% homens; homeopatia 61,1% mulheres e 54,5% homens; meditação 59,1% mulheres e 46,3% homens e a yoga 69,1% mulheres e 42,1% homens.

Na Tabela 10 (Apêndice J) são apresentados os dados que referem à faixa etária dos participantes. Nela pode-se observar que os resultados encontrados em terapias como homeopatia, termalismo social, crenoterapia, reiki e yoga apresentaram valores de significância inferiores a 0,050, ou seja, pode-se dizer que existe associação entre o conhecimento declarado e a idade, em relação as demais não. Os índices percentuais indicaram que os mais jovens possuem menos conhecimento sobre as modalidades terapêuticas, quando comparados às faixas etárias de maior idade.

Sob este viés, notou-se que os integrantes da faixa etária de 18 a 35 anos 41,1% afirmaram “desconhecer” ou “desconhecer totalmente” as PICs, enquanto que 41,7% daqueles que tem acima de 56 anos declararam “conhecer” ou “conhecer totalmente”. Destaca-se ainda que a yoga (75,4%), a meditação (68,9%) e o reiki (45,9%) foram as práticas mais conhecidas, sobretudo na faixa etária entre 46 a 55 anos (“conhecem” ou “conhecem totalmente”). O termalismo social, a crenoterapia e a argiloterapia foram apontadas em todas as faixas etárias como as modalidades menos conhecidas pelos participantes.

Na Tabela 11 (Apêndice L) encontram-se os dados referentes ao interesse do servidor pelas terapias, de acordo com o campus no qual ele desenvolve suas atividades. São observados que para nenhuma das variáveis a significância associada ao Teste Exato de Fisher foi menor que 0,050. Isso significa que não há evidência suficiente para se afirmar que existe associação entre o conhecimento declarado e o campus onde o indivíduo está lotado.

Apesar disso, é importante registrar os achados. Em termos percentuais, foi possível verificar que no campus de Maruípe 45,7% dos respondentes afirmaram “conhecer parcialmente” as PICs, sendo este o maior percentual encontrado. Esse resultado pode ser devido ao fato de o tema estar relacionado à saúde e de haver uma concentração de vários cursos relacionados à área no campus em questão. Na unidade de Alegre 37,5% marcaram as opções “desconhecer” ou “desconhecer totalmente” as PICs. Considerando todos os *campi* pesquisados, esse foi o que apresentou maior desconhecimento.

Por outro lado, em relação as demais terapias e aos campi, percebeu-se que as modalidades mais conhecidas (conheço/ conheço totalmente) foram a yoga com 62,9% em Maruípe e 57,9% em Goiabeiras. Em segundo lugar ficou a meditação com 56% em São Mateus e 53,9% em Goiabeiras. Num contexto geral, as de menor conhecimento (desconheço totalmente/desconheço) foram a crenoterapia com 80,3% dos respondentes do campus de Goiabeiras e o termalismo social com 75% em Alegre.

No tratamento dos dados buscou-se também verificar a existência ou não de relação entre o tempo de trabalho dos participantes na instituição e o nível de conhecimento sobre as PICs. A análise tomou por base o conteúdo da Tabela 12 (Apêndice M) destacando-se que só ocorreu associação no nível de significância (inferior a 0,050) a homeopatia. Portanto, somente para essa modalidade pode-se dizer que há relação com o tempo de permanência na Ufes.

Outra informação relevante é que quanto maior o tempo na instituição, ou seja foram os respondentes da faixa que compreende 21 anos de Ufes ou mais, declararam ter maior conhecimento sobre as terapias. Em contrapartida, os que estão na faixa entre oito e 20 anos na instituição afirmaram ter pouco ou nenhum conhecimento.

Quando analisado o nível de escolaridade dos participantes, os dados ordenados na Tabela 13 (Apêndice N) apontam que terapias como o termalismo social, a crenoterapia e a meditação apresentaram significância inferior a 0,050, permitindo afirmar que ocorreu um nível de 5% de significância, validando, portanto, a associação entre o conhecimento declarado e o grau de escolaridade do respondente, ou seja, quanto maior a escolaridade, maior o conhecimento declarado sobre as PICs.

De forma mais pontual, verificou-se que na amostra, 26,5% tem doutorado e 47,4% pós-doutorado, enquanto que 16,7% apresentam curso superior, 16,1% especialização e 23,4% mestrado. No que se refere ao conhecimento das terapias pelos respondentes destacam-se seis tipos.

Entre as terapias mais conhecidas pelos participantes estão a acupuntura, a fitoterapia, a homeopatia, a meditação, o reiki e a yoga. As outras que aparecem com menor percentual de conhecimento foram o termalismo social, a crenoterapia, a argiloterapia e o shiatsu.

4.3.2 INTERESSE PELAS TERAPIAS

Neste subitem serão apresentados os resultados obtidos para as análises de associação entre o interesse pelas terapias e as variáveis de perfil dos participantes da pesquisa. Na Tabela 14 (Apêndice O) estão expostos os dados referentes ao sexo dos participantes, a partir dos quais obteve-se a significância associada ao interesse pela acupuntura maior que 0,050, neste caso não se podendo afirmar que os representantes do sexo feminino ou do masculino tem maior ou menor interesse por esta terapia.

Nas demais modalidades a significância associada ao Teste Exato de Fisher se mostrou inferior, apresentando, portanto, evidências suficientes para afirmar que a um nível de 5% existiu associação entre o interesse pela terapia e o sexo do indivíduo participante da pesquisa.

Ao retratar em termos percentuais obteve-se os seguintes resultados: há maior interesse pela homeopatia e pela yoga. No primeiro caso isso foi representado por 67,1% respondentes do sexo feminino e 39,7% masculino e, no segundo, por 71,1% de mulheres e 41,3% de homens. Observou-se ainda que houve interesse também pelo reiki e pelo shiatsu, porém em menor escala. Outros tipos como termalismo, crenoterapia e argiloterapia novamente foram consideradas desinteressantes por ambos os sexos. Os percentuais na tabela apontam que, de um modo geral, as mulheres são as mais interessadas pelas modalidades terapêuticas dispostas no questionário.

Na Tabela 15 (Apêndice P) estão os dados referentes à faixa etária dos respondentes, que quando analisados de forma cruzada com o interesse pelas terapias revelaram que apenas a fitoterapia apresentou significância inferior a 0,050, ou seja considerando um nível de 5% significância, pode-se dizer que existe associação entre o interesse pela fitoterapia e a idade. Para as demais PICs não foi encontrado esse nível de significância.

De forma mais detalhada tem-se, em termos percentuais, que os participantes situados na faixa etária de 18 a 35 anos indicaram maior interesse pela acupuntura (63,2%). No extremo oposto ficou a argiloterapia (42,1%), considerada a de menor interesse pelos respondentes. O destaque ficou para a última faixa etária da escala, acima de 56 anos, cujos resultados ratificaram que a acupuntura é a terapia de maior interesse por parte dos servidores (87,5%) e que a argiloterapia apresentou 45,8% de rejeição neste item.

As comparações realizadas na Tabela 16 (Apêndice Q), cuja relação refere-se ao campus de lotação do servidor, permitiram dizer que existe associação estatística significativa entre o interesse pelas terapias e o respectivo campus, como ocorreu na avaliação entre a homeopatia e a yoga, cuja significância, em ambos os casos, foi menor que 0,050. Em relação as demais terapias não houve evidências estatísticas de associação nesse sentido.

A análise dos percentuais revela que algumas terapias apresentam expressivo interesse em relação a cada campus. Em Alegre os servidores apontam a acupuntura com 71,9%, o shiatsu com 62,5% e a meditação e a yoga com 50% respectivamente.

Em Goiabeiras 60,7% dos participantes manifestaram interesse pela homeopatia, enquanto para o reiki o valor encontrado foi de 40,6%. No campus de Maruípe a fitoterapia foi apontada por 60% dos respondentes, em seguida a meditação com 71,4%, o shiatsu com 62,9% e 77,1% na yoga.

E por fim, em São Mateus, as terapias mais indicadas foram a meditação com 48%, o shiatsu com 44% e respectivamente 36% para a yoga, reiki e a acupuntura. É preciso destacar que a de menor interesse nos quatro campi foi a argiloterapia. Cabe ressaltar que a meditação, acupuntura, o shiatsu e a yoga apareceram como as terapias maior interesse dos servidores nos quatro *campi*.

Nascimento (2016, p. 120) em sua pesquisa realizada no Projeto Amanhecer (PA) na UFSC, entre 2014 e 2015, revela que embora o tratamento convencional seja a primeira opção, as pessoas demonstram interesse por outras modalidades de

cuidado que contribuam para seu bem-estar e proporcionem uma melhor qualidade de vida.

Cabe, ainda, destacar a importância crescente pela procura por tratamentos alternativos, que ultrapassam as abordagens do modelo biomédico convencional, [...] acerca dos usuários do PA-HU-UFSC, há de se considerar que o retorno positivo das práticas terapêuticas na resolução dos motivos apontados pela procura do tratamento, permite concluir que o projeto terapêutico é adequado de modo singular ao usuário que realiza uma ou mais terapias de modo alternativo [...] apresentando em decorrência dessa escolha uma evolução terapêutica em seu bem-estar físico, emocional, psicológico, social e espiritual.

Os estudos realizados por Sacramento e Gentilli (2016, p. 117) permitem uma análise do que se passa em Vitória – ES onde as atuações “[...] mais marcantes foram as associadas à cultura da vida saudável [...]” mas também a outras motivos como “[...] à pressão dos movimentos sociais, sobretudo da Pastoral da Saúde da Igreja Católica que reivindicavam a implantação da fitoterapia na rede pública”. De acordo com as autoras, a aceitação por parte dos gestores municipais foi um marco de “[...] inclusão de práticas contra hegemônicas ao campo hegemônico da medicina ocidental tradicional no aparelho de Estado”.

A próxima variável analisada relacionou o interesse nas terapias versus o tempo dos servidores na instituição. Os resultados se encontram na Tabela 17 (Apêndice R) e em termos percentuais percebeu-se que os indivíduos que estão na faixa entre um a dois anos e os mais antigos (há mais de 21 anos) na instituição são os mais interessados nas terapias, sobretudo em modalidades como acupuntura, meditação, reiki, shiatsu e homeopatia. Já na faixa entre 8 e 20 anos se encontram àqueles com menor interesse.

Em termos de significância percebeu-se que a acupuntura, a fitoterapia, o reiki apresentaram resultados inferiores a 0,050 com um nível de 5% de significância. Com isso é possível dizer que o interesse nestes casos muda de acordo com o tempo do servidor na instituição, ou seja, servidores que talvez estejam mais psicologicamente desgastados. Em relação às outras terapias a associação foi maior que 0,050, não havendo, portanto, evidências de relação entre as variáveis.

Por fim buscou-se verificar a existência de relação ou não entre o interesse nas terapias e o nível de escolaridade do servidor. Na Tabela 18 (Apêndice S) estão os resultados em níveis percentuais e de significância. Em termos percentuais os indivíduos com formação em mestrado, doutorado, pós-doutorado despontam como os maiores interessados, com destaque para o grupo que apresenta 47,4% dessa população com pós-doutorado. Nesta categoria se encontram os índices mais expressivos, principalmente em terapias como a acupuntura (73,7%), fitoterapia (65,8%), homeopatia (76,3%) e meditação (63,2%).

CAPÍTULO 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo são apresentados dois conteúdos, o primeiro sobre os aspectos finais relacionados ao trabalho desenvolvido e o segundo em relação as sugestões de iniciativas na instituição, baseadas em ações e projetos desenvolvidos em outras universidades federais destinadas ao bem-estar dos servidores.

Com o intuito de situar o leitor, é importante resgatar aqui o objetivo geral da pesquisa que foi analisar o interesse dos servidores nas práticas integrativas e complementares e nas terapias alternativas, bem como a possibilidade de implantação na UFES.

A partir deste foram delineados os objetivos específicos; verificar se a adoção de práticas integrativas e terapias alternativas despertaria interesse por parte dos servidores da UFES; e outro, se haveria condições ou não de implementação de um projeto de atendimento de práticas integrativas e terapias alternativas na universidade.

5.1 ASPECTOS RELACIONADOS À PESQUISA

No decorrer da pesquisa percebeu-se que estes objetivos foram alcançados, revelados na análise estatística apresentada no capítulo quatro, cujos dados foram coletados por meio do questionário, enviado para o e-mail institucional dos servidores pela PRPPG, por entrevista semiestruturada, realizada na PROEX e por algumas informações obtidas no DAS sobre a enquete Promoção à Saúde.

Neste contexto, em conformidade com os resultados apresentados, considera-se que o primeiro objetivo específico, quanto ao interesse do servidor pelas PICs e terapias alternativas, foi logrado, pois a predominância das respostas obtidas no questionário on-line revelaram-se positivas para essa forma de cuidado, evidenciado sobretudo nas questões fechadas.

Nas questões abertas tornou-se mais explícita essa intenção, sobretudo nas sugestões dos respondentes sobre outras terapias, além das já apresentadas no instrumento de coleta de dados, nas quais resultaram opiniões que reforçaram o interesse por modalidades como shiatsu, práticas meditativas, massagens terapêuticas, além de outras.

Cabe ressaltar que em relação as variáveis sociodemográficas (perfil, sexo, estado civil, idade, nível de escolaridade, campus, tempo na instituição), houve uma predominância feminina na amostra, composta por mulheres, docentes, casadas ou com união estável, na faixa etária de 36 a 45 anos, com doutorado e lotação no campus de Goiabeiras.

Por sua vez o retorno em relação ao nível de conhecimento do servidor a cada uma das modalidades das PICs, elencadas na Portaria nº 971/2006 quais sejam a acupuntura, homeopatia, fitoterapia, termalismo-social, crenoterapia, demonstrou que parte significativa dos respondentes “conhecem parcialmente” as PICs. Ao individualizar estas práticas, a opção “conheço” foi apontada para terapias como a acupuntura, a fitoterapia, a homeopatia e as do tipo “desconheço totalmente” referem-se ao termalismo-social e a crenoterapia.

Em outra questão buscou-se saber o nível de interesse do servidor pelas modalidades de terapias listadas no questionário. As opções que apresentaram destaque do tipo “interesse totalmente” foram a meditação e a yoga. Infere-se que estas escolhas possam estar relacionadas as razões apresentadas em outra pergunta aberta aos servidores; qual a razão em utilizar as terapias caso fossem disponibilizadas? Dentre os motivos mais citados estão a busca por práticas que proporcionem equilíbrio emocional, bem-estar e qualidade de vida seja pessoal e/ou no ambiente de trabalho.

Por conseguinte outra pergunta (aberta) procurou conhecer a opinião dos servidores a respeito de outras modalidades de terapias, além das dispostas no questionário. Merece atenção a diversidade de tipos citados como a massoterapia, pilates, tai chi chuan, a aromaterapia, a cromoterapia, a musicoterapia, massagem, terapia com florais, Liang Gong entre outras. Entende-se que estas modalidades apresentam em

comum a busca por equilíbrio, como já citado anteriormente, seja no aspecto emocional, físico e que proporcionem uma união seja nas dimensões do corpo, da mente, das emoções, enfim que proporcionem benefícios como bem-estar em geral.

Entretanto, embora perceba-se o interesse de boa parte dos servidores pelas práticas, algumas ponderações foram citadas por outros respondentes na questão final do questionário, em que foi solicitado informar a razão pela não utilização das terapias. Conforme já explanado no capítulo 4, os motivos são o desinteresse, a falta de conhecimento das terapias e a capacitação do profissional que vai aplicar a terapia.

Com efeito, embora existam ainda resistências por parte de alguns gestores em elaborar políticas que aliem a inserção de novas modalidades de cuidado e a falta de maiores esclarecimentos e divulgação, o que se observa é que ainda assim emerge um interesse crescente por pessoas na procura por resgatar antigas e novas formas de cuidado, que possam proporcionar benefícios de forma menos invasiva e medicamentosa.

Percebe-se este tipo de comportamento nas duas últimas questões abertas do questionário, em que a primeira solicita ao respondente citar uma razão para a utilização de terapias, caso oferecida aos servidores da instituição. Neste ponto apareceram respostas do tipo “Alívio do stress”; “Prefiro terapias como essas ao uso de medicamentos para tratar tensões cotidianas comuns no trabalho docente”; “Proporcionar melhor qualidade de vida e qualidade no trabalho”; “Eficácia comprovada”; “Bem-estar”; “Sei dos benefícios que trazem porque já pratico algumas destas” dentre outras que ratificam esse interesse por estas práticas.

Por outro lado, a última questão do formulário procura saber a razão pela não utilização das terapias, caso oferecidas aos servidores. É interessante observar que boa parte dos respondentes considera a indisponibilidade de tempo; “Falta de horário disponíveis com a jornada de trabalho de 40 h semanais”, “O horário que seria ofertado”, “Liberação da chefia”, “Talvez se fosse oferecida no mesmo horário que trabalho”, “Indisponibilidade de horário” foram os mais citados.

Com isso compreende-se o interesse do servidor nas práticas, porém o que ele aponta como empecilho seria o horário em que as terapias seriam disponibilizadas, ou seja, se compatível com o período de trabalho e que portanto que esteja na universidade. Outras respostas apontam o “desinteresse”, a falta de “comprovação de eficácia”, “credibilidade no profissional”, “crença religiosa”, “desconhecimento”, “o fato de não se ter resultado imediato”, entre outras, porém foram as menos citadas pelos respondentes.

Contudo, conforme já dito, observou-se que o motivo preponderante refere-se ao fator tempo, ou seja, ao horário em que seriam ofertadas as terapias de forma a viabilizar a participação do servidor, seja através da liberação da chefia, no seu horário de almoço ou em períodos que não afetem o horário das aulas, no caso dos docentes. Enfim, pontos considerados pelos respondentes mas que se mostram receptivos, caso haja a adequação necessária para a oferta das terapias.

Ainda em relação aos objetivos específicos da pesquisa, o segundo reporta-se quanto às condições ou não de implementação de um projeto de atendimento de práticas integrativas e terapias alternativas na universidade. Sob este aspecto considera-se que pela entrevista realizada na Proex é possível vislumbrar um projeto dessa natureza inicialmente pela via extensiva.

Ao fazer uma análise geral do contexto da entrevista, observou-se boa receptividade por parte da pró-reitora à proposta de projetos de cunho extensivo ou institucional que abordem iniciativas que proporcionem qualidade de vida e bem-estar aos servidores e também aos discentes da universidade.

Isto posto foi mencionado por ela a existência de alguns projetos registrados na Proex com essa finalidade de ofertar práticas e terapias, seja para a comunidade acadêmica ou para o público externo. Isso também se revela na pesquisa efetuada por esta pesquisadora no Sistema de Informação da Extensão (SIEEX) da Proex, que se encontra no Apêndice C.

A respeito da participação de voluntários no projeto é bem visto pela pró-reitora, uma vez que na instituição já existem cursos como os de terapia ocupacional, fisioterapia,

psicologia e nesse sentido algumas destas terapias poderiam surgir da contribuição de voluntariados oriundos desses cursos.

A seguir, questionou-se sobre o(s) fator(es) que considera(m) favorável (eis) a implementação de um projeto de práticas terapêuticas, neste quesito ela apontou que a razão seria a busca por mecanismos que proporcionem melhora na qualidade de vida do servidor e como consequência, no trabalho.

Outro ponto importante por ela destacado refere-se ao horário de disponibilidade das terapias, que precisa ser compatível para a utilização de grande parte dos servidores, seja no horário de almoço, ou no fim do expediente e conclui “considero que estimularia a produção no setor de trabalho”.

Ao final, ao questionar sobre a disponibilidade na universidade de um espaço para as práticas, a pró-reitora explica que de início acha não ser possível dispor de algum local em período integral, mas que observa ser plausível negociar em alguns centros algumas salas para determinados períodos para esta finalidade. Quando questionada sobre os aspectos que não considera favoráveis, considera que se houver algum projeto de extensão nesse sentido e “só se o projeto não for registrado na Proex”.

Por outro lado, cabe destacar algumas informações obtidas no Serviço Psicossocial que funciona no Departamento de Assistência Social (DAS) da universidade, a respeito da enquete intitulada Promoção à Saúde, encaminhada para o e-mail dos servidores, em junho de 2016, em que foram solicitadas sugestões que contribuíssem na formulação de projetos que visem a atender as reais necessidades dos servidores da instituição.

Em uma conversa, após solicitação formal com a diretora do DAS, com uma das psicólogas responsáveis pela elaboração e recebimento da enquete, foi perguntado se houve alguma sugestão por parte dos servidores sobre terapias e em quais modalidades. Ela explicou que em função do sigilo dos dados que uma pesquisa requer, não seria possível pormenorizar aspectos mais detalhados, porém relatou

que foram apresentadas sugestões nesse sentido, principalmente em práticas meditativas, de relaxamento, redução de estresse e yoga.

No DAS são coordenadas ações de políticas nas áreas de saúde, assistência, esporte e lazer que são destinadas para os servidores ativos (docentes e técnico-administrativos), a comunidade universitária e algumas atividades que contemplam o público externo.

Em tempo de concluir, diante do exposto, é importante registrar que somente essas informações não são suficientes para afirmar que será possível a implementação na UFES de um projeto com as características similares como do Projeto Amanhecer. Entretanto acredita-se que esta pesquisa possa servir como ponto inicial para que se desenvolvam programas e ações na universidade destinadas aos servidores, a partir de modalidades que tenham esse apelo das PICs e terapias alternativas, como forma de propiciar bem-estar, qualidade de vida pessoal e no ambiente de trabalho.

5.2 SUGESTÕES DE INICIATIVAS NA INSTITUIÇÃO

Nesta pesquisa trabalhou-se para alcançar os resultados obtidos e apresentados, entretanto trata-se de um olhar inicial sobre o tema. É pertinente nesse espaço tecer algumas sugestões para futuras ações seja de cunho extensivo ou institucional na universidade.

Do ponto de vista prático, sugere-se como uma das ações iniciais a programação de uma visita ao Projeto Amanhecer na UFSC, por parte dos responsáveis na universidade em elaborar ações que tenham como objetivo promover medidas eficazes que estejam voltadas para os servidores no sentido de proporcionar bem-estar e qualidade de vida.

Com essa proximidade seria possível conhecer com mais acuidade como o projeto se iniciou e desenvolveu de forma a abranger o atendimento não apenas a comunidade acadêmica como ao público externo da UFSC.

Pautado nesse objetivo, outra ação que também apresenta este contorno é o projeto de extensão criado na Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) na Bahia, em que foram utilizadas as terapias complementares e integrativas no sentido de promover equilíbrio e bem-estar para os servidores da universidade e demais usuários externos à instituição.

Nesta proposta contou-se com a participação de docentes, bolsistas voluntários e de extensão, além de discentes dos cursos da disciplina de terapias não convencionais. O público alvo do projeto abrangeu os professores, os alunos e funcionários da universidade, além de atingir também o público externo através de espaços destinados as terapias ofertadas que incluíam meditação, relaxamento, cromoterapia, massagem terapêutica, toque terapêutico, massagem na cadeira, reflexologia podal, florais de Bach, entre outras.

Por fim, este estudo teve como escopo verificar o interesse do servidor em terapias e assim apresentar algumas modalidades no sentido de proporcionar bem-estar e contribuir para melhorar a qualidade de vida dos docentes e TAEs da instituição. Nesse sentido propiciar algo que seja de fato do interesse deles e diferenciado do que vem sendo ofertado na universidade até o momento.

Contudo outras perguntas surgiram e são interessantes para estudos complementares, nesse sentido questiona-se: Por que ofertar pelo SUS terapias como reiki, meditação, yoga, acupuntura e não há nas universidades públicas a disponibilização destas terapias e práticas como forma de prevenção e de promoção de bem-estar para os servidores públicos? Quais seriam os impactos decorrentes destas ações como forma de prevenção dos afastamentos no trabalho?

REFERÊNCIAS

ANDRADE, João Tadeu de; COSTA, Liduina Farias Almeida da. Medicina Complementar no SUS: Práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 497-508, 2010. <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 12 mai. 2016.

ARAÚJO, Eliane Cardoso de. Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. Sup, p. 663-671, 2008.

ÁVILA, Paloma. **O mal-estar sob a luz do século XXI**. 2013. 18 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Teoria Psicanalítica). Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/5596>. Acesso em: 06 out. 2016.

BARNETT, Vic (1991), **Sample Survey: Principles and Methods**, Edward Arnold, London, U.K.

BARROS, Nelson Filice. **Da Medicina Biomédica à Complementar: um estudo dos modelos da prática médica**. 2002. 375 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002.

BARROS, Nelson Filice. BENEVIDES, Iracema. SIMONI, Carmem de. As práticas integrativas e complementares no SUS: realidades e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Revista Brasileira Saúde da Família** – Ano IX. Ed. Especial (Maio 2008). Brasília: Ministério da Saúde. 2008. Disponível em: <dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia18_especial.pdf.> Acesso em: 10 jun. 2016.

BAUMAN, Zygmunt. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html> Acesso em: 09 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: <<http://www.dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php/conteudo/legislação>> Acesso em: 15 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas integrativas e complementares crescem na rede SUS**

de todo o Brasil 2016. Disponível em:

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php>> Acesso em: 29 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional da Saúde.** In: Anais da VIII Conferência Nacional da Saúde. Brasília. MS, 1986. 29 p. Disponível em:

<www.conselho.saude.gov.br> Acesso em: 07jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso.** – 2. ed. - Brasília –DF. 2015. 96 p

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Secretaria de Gestão – SEGES. **Comunicado Seges nº 02 - Servidores Públicos Federais Cada Vez Mais Qualificados outubro de 2009.** Disponível em

<<http://www.planejamento.gov.br/secretarias>> Acesso em: 28 abr. 2016.

CAMPOS, Geraldo Maia. **Estatística Prática para docentes e pós-graduandos.** 2001. Disponível em: www.forp.usp.br/restauradora/gmc/gmc_livro/gmc_livro_cap19.html. Acesso em: 18 jan 2017.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** 6 ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 150 p.

CAPRA, Fritjof. **O tao da física – uma exploração dos paralelos entre a física moderna e o misticismo oriental.** Lisboa, Editora Presença, 1989. 267 p.

CASTRO, Aldemar Araujo. **Curso de revisão sistemática e metanálise.** São Paulo: LED-DIS/UNIFESP, 2006. Disponível em: < <http://www.metodologia.org> > Acesso em: 21 fev. 2012.

CHAGAS, Katilaine. **Os serviços de saúde gratuitos que pouca gente conhece.** A Gazeta, Vitória, 13 out. 2015. Disponível em: <http://www.gazetaonline.com.br/conteudo/2015/10/noticias/cidades/3911566-os-servicos-de-saude-gratuitos-que-pouca-gente-conhece.html>. Acesso em: 13 out. 2016.

CONTATORE, Octávio Augusto et al. Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3263-3273, Oct. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003263&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2016.

DONNAMARIA, Carla Pontes; TERZIS, Antonios. Algumas notas sobre as relações humanas mediadas por computadores. **Revista Mental**, Barbacena , v. 10, n. 18, p. 165-178, jun. 2012 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272012000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2016.

FLORA, Fernando Antônio Mourão. As origens históricas da Clínica e suas implicações sobre a abordagem dos problemas psicológicos na prática

médica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 2, n. 7, p. 203-216, nov. 2006. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/56>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977. 231 p.

FREITAS, Henrique. JANISSEK-MUNIZ, Raquel. MOSCAROLA, Jean. **Uso da Internet no processo de pesquisa e análise de dados**. Lume Repositório Digital. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2004. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/4801>>. Acesso em: 16 maio 2016.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização**. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

_____. **Observações sobre o amor transferencial**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

GALLI, Kiciosan da Silva Bernardi et al. Saúde e equilíbrio através das terapias integrativas: relato de experiência. **Revista de Enfermagem**, v.8, n.8, p.245-255, 2012.

GERHARDT, Tatiana Engel. SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. [Organizado por] Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil–UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica–Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 6 Ed. 2008. 220 p.

GONTIJO, Mouzer Barbosa Alves. **Práticas integrativas e complementares: conhecimentos, concepções, percepções e atitudes dos profissionais do Serviço Público de Saúde**. 2014. 89 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia. 2014.

GUEDES, Ana Emília Leite. **Da Integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde: algumas reflexões preliminares**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO. 2009. p. 132-133.

HEBERLÊ, Mariluz Oliveira. **Um estudo da concepção dos profissionais de saúde sobre as práticas integrativas e complementares em saúde**. 2013. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2013.

LEDA, Denise Bessa. **O mundo do trabalho e suas repercussões nas relações sociais: desafios para o desenvolvimento no século XXI**. III Jornada

Internacional De Políticas Públicas Questão Social e Desenvolvimento no Século XXI. Universidade Federal Do Maranhão - Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. 2007. Disponível em: < <http://www.joinpp.ufma.br/>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

LIMA, Indiara Campos et al. Terapias complementares: um projeto de extensão. **Revista Conexão UEPG**, v. 8, n. 1, p. 76-85, 2012.

LUZ, Madel Therezinha. As novas formas da saúde: práticas, representações e valores culturais na sociedade contemporânea. **Revista Brasileira Saúde da Família** – Ano IX. Ed. Especial (Maio 2008). Brasília: Ministério da Saúde. 2008. Disponível em: dab/docs/publicacoes/revistas/revista_saude_familia18_especial.pdf. Acesso em: 10 jun.2016.

_____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2005, p. 145-176.

_____. **Da Integração de Programas à Integralidade de Ações de Saúde: algumas reflexões preliminares**. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 184 p. 2006. p.29.

MAFRA, Marluce; BROCKER, Renata; NASCIMENTO, Marilda Nair dos Santos. **Gestão Social em IES: Projeto Amanhecer é exemplo de projeto de extensão com práticas terapêuticas integrativas e complementares no HU/UFSC**. XIV Colóquio Internacional de Gestão Universitária – CIGU – A Gestão do Conhecimento e os novos modelos de universidade. Florianópolis – Santa Catarina .2014.

MANZINI, Eduardo José. **Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros**. In: Seminário Internacional Sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos, 2, 2004. Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. Anais. Bauru: USC, 2004.

MARCONI, Marina de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Altas, 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 12, n. 3, p. 447-448. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.), DESLANDES, Suely Ferreira, GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 108 p.

NASCIMENTO, Marilda Nair dos Santos. **As contribuições sociais das práticas integrativas e complementares do Projeto Amanhecer (HU-UFSC)**. 2016. 149 p. Dissertação (Mestrado em Administração) Centro Socioeconômico - Programa de

Pós-Graduação em Administração Universitária – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

O'BRIEN Kylie. **Complementary and alternative medicine: the move into mainstream health care**. Clinical and Experimental Optometry. 2004; 87 (2): 110-120. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1444-0938.2004.tb03158.x/pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

OLIVIER, Marilene; PEREZ, Cristiani Storch; BEHR, Simone da Costa Fernandes. Trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento: o retorno ao ambiente de trabalho e suas consequências na vida laboral e pessoal de alguns bancários. **Revista Administrativa Contemporânea**, Curitiba, v. 15, n.6, p.993-1015,2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6552011000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2016.

OMS. **Organização Mundial da Saúde**. Disponível em: <<http://www.who.int/eportuguese/publications/pt/>>. Acesso em: 19 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional 2002 – 2005**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2016.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. Novo Hamburgo: 2ª ed., Feevale, 2013. Disponível em: <<http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>> Acesso em: 20 mar. 2016.

Relatório do 1º Seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, Brasília, de 13 a 15 de maio de 2008. Disponível em: <http://dtr.2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/relatorio_1o_sem_pnpic.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2016.

Racionalidades Médicas [Site Institucional] – Disponível em:<<http://racionalidadesmedicas.pro.br/linhas/praticas-integrativas-e-complementares/>> Acesso em: 10 jun. 2016.

RODRIGUES, Ana Paula Grillo; GONDIM, Sônia Guedes. Expressão e regulação emocional no contexto de trabalho: um estudo com servidores públicos. **Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 38-65, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1678-69712014000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jun. 2016.

ROTHER, Edna Therezinha. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, jun. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 24 jun. 2016.

RODRIGUES, Rui Martinho. **Pesquisa acadêmica: como facilitar o processo de preparação de suas etapas**. São Paulo: Atlas, 2007.

SACRAMENTO, Henriqueta Tereza. Gentili, Raquel de Matos Lopes. Mundialização do Capital e Política de Saúde: desafios para as práticas integrativas e complementares no SUS. **Revista de Políticas Públicas**, São Luis, v. 20, nº 1, p. 103-120, jan/jun. 2016.

SANTOS, Vanice dos; CANDELORO, Rosana J. **Trabalhos acadêmicos: uma orientação para a pesquisa e normas técnicas**. Porto Alegre: AGE, p. 75, 2006.

SARAIVA, Alynne Mendonça. **Histórias de mulheres cuidadas por práticas integrativas e complementares: um estudo etnográfico**. 2015. 181 p. Tese (Doutorado em enfermagem) – Centro de Ciência em Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

SCHVEITZER, Mariana Cabral. ESPER, Marcos Venicio. DA SILVA, Maria Júlia Paes. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. **Revista O Mundo da Saúde**, 36(3), 442-451. 2012. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/praticas_integrativas_complementares_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 14 jun. 2016.

SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias; PADOVAM, Valquiria Aparecida Rossi. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa.**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 201-209, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2016.

TEIXEIRA, Sueli. A depressão no meio ambiente do trabalho e sua caracterização como doença do trabalho. **Revista Tribunal Regional Trabalho**, 3ª Região, Belo Horizonte, v.46, n.76, p.27-44, jul./dez.2007. Disponível em: <https://aplicacao.tst.jus.br/>. Acesso em: 29 abr. 2016.

TEIXEIRA, Renata Frossard. 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem). **A acupuntura enquanto prática complementar na atenção à saúde do trabalhador**. Universidade Federal do Espírito Santo – Centro de Ciências da Saúde – Vitória – ES. 2015.

TELESI JÚNIOR, Emílio. Práticas Integrativas e Complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos avançados**. São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112. Abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 out. 2016.

TESSER, Charles Dalcanale. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 8, p. 1732-1742, ago. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800009&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 20 ago. 2016.

UFES. **Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas – PROGEP**. Disponível em: <<http://www.progep.ufes.br/84presentação-progep>>. Acesso em: 14 maio 2016.

UFES. **Pró-Reitoria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional – PROPLAN**. Disponível em < <http://www.proplan.ufes.br/ufes-em-n%C3%BAmeros> _____> Acesso em: 08 nov. 2016.

UFSC. **Projeto Amanhecer 2013**. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/projeto-amanhecer/>>. Acesso em: 11 agos. 2016.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2009.

ZANINI, Luciana Maria. GRIGÓRIO, Jocasta Mayara. SIGNORELLI, Marcos Claudio. Geoterapia: Percepções e utilização em uma comunidade acadêmica. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, Santa Catarina – UNISUL- Vol. 3, nº 4. p.23-31, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ON LINE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você a participar da pesquisa "PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO DA UFES: UMA SITUAÇÃO POSSÍVEL?" sob a responsabilidade da Prof.^a Dr.^a Marilene Olivier Ferreira de Oliveira e de sua orientanda Luciana Rosa França, aluna do Mestrado Profissional em Gestão Pública da UFES. Seu objetivo consiste em analisar a viabilidade da implantação de um projeto de práticas integrativas e de terapias alternativas na universidade, bem como verificar se há interesse dos servidores, caso venham a ser disponibilizadas. Sua participação consiste apenas em expressar sua opinião. Não será necessário se identificar nominalmente. Os resultados serão tratados globalmente e tem por finalidade gerar dados estatísticos para a pesquisa. Sua participação é voluntária, nem você e nem os pesquisadores terão benefícios financeiros. Pretende-se, por intermédio da pesquisa, sugerir ações que promovam qualidade de vida e bem-estar para o servidor na universidade. Dúvidas poderão ser sanadas através do e-mail: francalu07@gmail.com. Ao clicar na opção "concordo em participar", você atesta sua anuência com esta pesquisa, declarando que compreendeu seus objetivos, a forma como será realizada, os benefícios envolvidos, conforme descrição aqui efetuada.

Clique para iniciar a pesquisa.

() Concordo em participar.

QUESTIONÁRIO

TERAPIAS ALTERNATIVAS COMO INSTRUMENTO COMPLEMENTAR DE BEM-ESTAR FÍSICO E EMOCIONAL PARA OS SERVIDORES DA UFES

1) Variáveis sóciodemográficas:

Perfil

- Técnico Administrativo em Educação (TAE)
- Docente

Campus

- Alegre
- Goiabeiras
- Maruípe
- São Mateus

Sexo

- Masculino
- Feminino

Estado civil

- Casado/união estável
- Solteiro
- Viúvo
- Separado/divorciado

Idade: () 18 a 25 anos () 26 a 35 anos () 36 a 45 anos () 46 a 55 anos () acima 56 anos

Nível de escolaridade: () Até o ensino fundamental () Ensino médio () Curso superior
() Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-doutorado

Tempo na instituição: _____

2) Questões sobre as práticas integrativas e complementares (PICs) e outras terapias.

Marque, de acordo com a escala, o quanto você conhece de cada uma das PICs que se encontram dispostas na Portaria nº 971/2006 do Ministério da Saúde

1	2	3	4	5
Desconheço totalmente	Desconheço	Conheço parcialmente	Conheço	Conheço totalmente

	1	2	3	4	5
1. As práticas integrativas e complementares (PICs) são terapias como a acupuntura, fitoterapia, homeopatia e o termalismo-social/crenoterapias.					
2. Acupuntura: técnica medicinal de origem chinesa que utiliza a inserção de agulhas em pontos específicos do corpo para a prevenção e tratamento de doenças					
3. Fitoterapia: forma de tratamento com a utilização de medicamentos a base de plantas medicinais (o extrato, a tintura, o óleo, a cera, entre outros).					
4. Homeopatia: forma de tratamento que utiliza medicamentos feitos por meio da dinamização de propriedades medicinais de plantas, animais ou minerais.					
5. Termalismo Social: forma de tratamento que utiliza as águas termais e suas propriedades nas partes externas do corpo.					
6. Crenoterapia: forma de tratamento que utiliza a ingestão de águas minerais com finalidades medicinais (água sulfurosa, água ferruginosa, água iodada, etc.)					

3) Marque, de acordo com a escala, o quanto você conhece sobre cada uma das práticas elencadas.

1	2	3	4	5
Desconheço totalmente	Desconheço	Conheço parcialmente	Conheço	Conheço totalmente

1 2 3 4 5

	1	2	3	4	5
Argiloterapia: aplicação da argila sobre a pele, método utilizado no tratamento de dores musculares, entorses, reumatismo e artrite.					
Meditação: quando se mantém a consciência na atenção sem alterar ou oscilar a concentração.					
Reiki: técnica japonesa que utiliza a imposição das mãos para fins de redução de estresse e relaxamento.					
Shiatsu: método terapêutico milenar que consiste em pressionar com as mãos e os dedos os pontos vitais do corpo, chamados de meridianos para fins de redução de ansiedade.					
Yoga: prática que trabalha a harmonização do corpo com a mente, utilizando técnicas de respiração, meditação e posturas de yoga.					

4) Marque a seguir as terapias que você teria interesse, caso fossem disponibilizadas na UFES.

1	2	3	4	5
Não me interesse	Interesse pouquíssimo	Interesse mais ou menos	Interesse muito	Interesse totalmente

	1	2	3	4	5
Acupuntura					
Argiloterapia					
Fitoterapia					
Homeopatia					
Meditação					
Reiki					
Shiatsu					
Yoga					

- 5) Mencione outro tipo de terapia que tenha interesse que fosse disponibilizada _____.
- 6) Cite uma razão pela qual você utilizaria alguma destas terapias, caso oferecida aos servidores _____.
- 7) Cite uma razão pela qual você não utilizaria alguma destas terapias, caso oferecida aos servidores _____.

APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PROEX

- 1) Você é favorável a disponibilização para os servidores da UFES de terapias alternativas e complementares tais como acupuntura, fitoterapia, homeopatia?
- 2) Conhece alguma destas terapias? Qual (is)
- 3) Utiliza ou já utilizou algum tipo de terapia alternativa? Qual?
- 4) Em sua opinião acredita que há possibilidade de implementação de um projeto com estas características na universidade?
- 5) O que você poderia dizer sobre a questão dos recursos financeiros para implementar um projeto desta natureza?
- 6) Quanto a questão da infraestrutura como mobiliário, equipamentos, acha que é possível disponibilizar?
- 7) E quanto aos recursos humanos, seria possível implementar bolsas para estagiários participarem no projeto? E quanto aos servidores da universidade, caso haja interesse por parte destes, seria possível a participação no projeto?
- 8) O Projeto Amanhecer da Universidade Federal de Santa Catarina conta com a participação de terapeutas voluntários, você acha possível essa parceria também na UFES caso venha implementar um projeto semelhante?
- 9) Quais os pontos positivos que considera em um projeto desta natureza?
- 10) E quais considera impeditivos?

APÊNDICE C – PROJETOS PROEX

Proex – Total geral projetos/ações: 1057

Projetos/ações com alguma relação com o tema da pesquisa: 9

1) Fitoterapia como ferramenta na atuação do nutricionista

Registro: 200403 Categoria: Seminário 17/11/2014

Características: Evento voltado para os alunos do curso de Nutrição e profissionais nutricionistas. O nutricionista é um profissional habilitado para a prescrição de fitoterápicos de acordo com a Resolução CFN 525/2013 e atualmente este conteúdo ainda não é abordado na grade curricular. Apresentar as principais formas de uso de plantas medicinais; Abordar os mecanismos de ação de compostos bioativos; Apresentar plantas medicinais que são utilizadas em distúrbios do sistema digestório e na perda de peso associados a uma alimentação saudável.

Público-alvo: Alunos de graduação do curso de Nutrição e profissionais da área da saúde.

2) Ikebana Meditativa: O arranjo floral e a promoção da saúde psicológica.

Registro: 100251 Categoria: Treinamento e qualificação profissional.
20/03/15 a 28/03/15

Características: Este curso objetiva dar experiência prática e os fundamentos teóricos metodológicos para a prática do IKEBANA como arranjo floral japonês de propriedades meditativas. O debate, a leitura coletiva, e a prática grupal do Ikebana pretende tornar os alunos aptos a discernir sobre as especificidades da contribuição dessa ferramenta na psicologia hospitalar ou em outras modalidades de saúde. Oportunizar experiências em Ikebana que levem o paciente a valorizar sua capacidade de produzir: Beleza, bem estar, contentamento e meditação e, conseqüentemente, colaborar na manutenção de sua saúde prevenindo a ansiedade.

Público-alvo: Estudante de graduação do curso de psicologia.

3) Projeto Relaxamento

Registro: 401134 Categoria: Projeto 01/06/2015 a 01/06/2016

Características: Identificar o nível de estresse dos participantes; Utilizar o relaxamento muscular progressivo como estratégia de intervenção ao estresse; Instrumentalizar as pessoas a utilizarem o Relaxamento Muscular Progressivo para um melhor enfrentamento do estresse; As atividades serão abertas e destinadas a qualquer estudante, docente e/ou técnico-administrativo lotado no CCS, o qual desejar, por demanda espontânea, participar da atividade. As sessões serão realizadas duas vezes por semana, nas dependências do departamento de enfermagem, em sala de aula, previamente determinada, onde será aplicada a técnica de relaxamento em grupo. Todos os participantes serão orientados quanto à prática do relaxamento muscular enquanto possibilidade de enfrentamento ao estresse, orientados quanto a prática diária do relaxamento muscular, receberão material informativo sobre relaxamento muscular, subsidiando a prática em sua residência.

4) Pilates Solo e Qualidade de Vida

Registro: 401180 Categoria: Programa NUPEM 01/06/15 a 31/07/17

Características: Ofertar aulas do método Pilates, modalidade solo, para alunos e servidores da UFES e comunidade externa. Possibilitar a prática de Pilates solo à servidores e alunos da UFES; Possibilitar a realização de estágio em Pilates solo para alunos do curso de Educação Física; Orientar os alunos do Pilates solo quanto à cuidados com a postura, respiração e ambiente laboral e/ou de estudo para redução de dores musculoesqueléticas; Realizar avaliações relativas a postura e amplitude de movimento dos alunos. Público-alvo: Acadêmicos, servidores e comunidade externa que possam praticar Pilates solo em grupo.

5) Quiropraxia Clínica

Registro: 100330 Categoria: curso 07/09/16 a 15/11/16

Características: Por definição, a Quiropraxia “preocupa-se com o diagnóstico, tratamento e prevenção de distúrbios do sistema neuromúsculoesquelético e os efeitos destas distúrbios na saúde geral. Há uma ênfase nas técnicas manuais, incluindo ajuste articular e/ou manipulação com foco particular nas subluxações” (Organização Mundial da Saúde, 2005). O Curso de Quiropraxia Clínica é recomendado para profissionais e acadêmicos de Fisioterapia, a partir do 6º período, que desejam ampliar ou adquirir novos conhecimentos, e formato intensivo e essencialmente clínico, o Curso de Quiropraxia Clínica, privilegia a filosofia, arte e ciência da Terapia Manual baseada em evidência científica. Face a grande procura dos pacientes pelos benefícios proporcionados pelo tratamento e de acordo com a autonomia clínica e independência profissional proporcionadas pela Quiropraxia. **Objetivos gerais:** Criar condições para que profissionais fisioterapeutas e acadêmicos de Fisioterapia adquiram conhecimento de algumas técnicas de Quiropraxia a serem utilizadas em conjunto com o arsenal terapêutico do Fisioterapeuta. Público-alvo: Profissionais fisioterapeutas e acadêmicos do curso de Fisioterapia a partir de 6º período.

6) Mini Curso de Auriculoterapia

Registro: 100325 Categoria: curso 07/05/16 a 07/05/16

Características: A auriculoterapia é um sistema independente da acupuntura e apresenta-se como especialidade dentro da Medicina Chinesa. A aplicação atual da auriculoterapia não se restringe apenas ao tratamento das enfermidades através dos pontos auriculares, este sistema tem-se desenvolvido em relação ao diagnóstico em muitas patologias. Através da auriculoterapia podem ser tratadas diversas enfermidades. Essa técnica revela-se também como coadjuvante em diferentes processos de adoecimento físico e mental. A auriculoterapia é provavelmente um dos mais antigos métodos terapêuticos praticados na China. **Objetivos gerais:** Ensinar a graduandos de Fisioterapia à partir do 4º período a utilizarem a auriculoterapia como coadjuvante no processo de reabilitação fisioterapêutica. Sua aplicabilidade é de fácil manuseio e baixo custo, porém com resultados promissores. Público: Graduandos do curso de Fisioterapia – 4º ano.

7) Coletivo Lótus: Práticas Meditativas

Registro: 401413 Categoria: Projeto 01/06/2016 a 01/06/2018

Características: Organizar Práticas Meditativas contínuas junto à comunidade interna do Centro Universitário Norte do Espírito Santo (CEUNES/UFES); Educar para o autoconhecimento, autonomia, compaixão e altruísmo.

Público-alvo: Acolher a comunidade do CEUNES/UFES por meio de Práticas Meditativas. A prática da meditação permitirá o cultivo do silêncio, observação interior e reflexão; promovendo saúde, ampliação da consciência nas relações pessoais e socioambientais através do autoconhecimento e da educação emocional.

8) Coletivo Lótus: Auriculoterapia

Registro: 100346 Categoria: Projeto 01/08/16 a 01/08/18

Características: Capacitar e qualificar em bases da Auriculoterapia a comunidade do Centro Universitário Norte do Espírito Santo (CEUNES/UFES); Educar em autocuidado e autonomia. O Coletivo Lótus promoverá nesta iniciativa com a Auriculoterapia a partir de duas das principais escolas de Auriculoterapia, a escola chinesa da Huang Li Chun (módulo I) e a Escola francesa de Paul Nogier (módulo II). Assim, o praticante após conhecer essas duas linhas/escolas poderá atuar com mais propriedade. Espera-se que, na prática diária, o praticante se dedique mais a uma escola do que a outra a partir de sua afinidade. A proposta contará com dois módulos (40 horas/módulo). Público-alvo: Alunos do DCS/CEUNES-UFES (Farmácia e Enfermagem).

9) Núcleo de Lutas do CEFD/UFES (Judô, Jiu-Jitsu, Aikido, Tae Kwon Do, Muay Thai e Karatê)

Registro: 401428 Categoria: Projeto 01/08/12 a 31/12/16

Público Alvo: Graduandos em Educação Física e comunidade em geral.

APÊNDICE D – TABELA 4 – TABELA DE FREQUÊNCIA/PERFIL

Tabela 4- Frequência – Perfil dos indivíduos da pesquisa

		Frequência	%
Perfil	Docente	148	54,8
	TAE	122	45,2
	Total	270	100,0
Sexo	Masculino	121	44,8
	Feminino	149	55,2
	Total	270	100,0
Estado civil	Solteiro	73	27,0
	Casado / união estável	164	60,7
	Separado / divorciado	32	11,9
	Viúvo	1	0,4
	Total	270	100,0
Idade	18 a 25 anos	8	3,0
	26 a 35 anos	87	32,2
	36 a 45 anos	90	33,3
	46 a 55 anos	61	22,6
	Acima de 56 anos	24	8,9
	Total	270	100,0
Escolaridade	Ensino médio	5	1,9
	Curso superior	18	6,7
	Especialização	62	23,0
	Mestrado	64	23,7
	Doutorado	83	30,7
	Pós-doutorado	38	14,1
	Total	270	100,0
Campus	Goiabeiras	178	65,9
	Maruípe	35	13,0
	Alegre	32	11,9
	São Mateus	25	9,3
	Total	270	100,0
Tempo na instituição	1 A 2 anos	57	21,1
	3 a 7 anos	115	42,6
	8 a 20 anos	54	20,0
	21 anos ou mais	44	16,3
	Total	270	100,0

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE E – TABELA 5 – ESCALA DE CONHECIMENTO DAS PICS

Tabela 5 - Conhecimento acerca das PICS

	Desconheço totalmente		Desconheço		Conheço parcialmente		Conheço		Conheço totalmente		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Práticas integrativas e complementares (PICS)	54	20,0	36	13,3	112	41,5	51	18,9	17	6,3	270	100,0
Acupuntura	12	4,4	16	5,9	84	31,1	122	45,2	36	13,3	270	100,0
Fitoterapia	15	5,6	22	8,1	102	37,8	105	38,9	26	9,6	270	100,0
Homeopatia	14	5,2	10	3,7	89	33,0	116	43,0	41	15,2	270	100,0
Termalismo Social	92	34,1	93	34,4	55	20,4	20	7,4	10	3,7	270	100,0
Crenoterapia	121	44,8	90	33,3	39	14,4	12	4,4	8	3,0	270	100,0
Argiloterapia	52	19,3	62	23,0	116	43,0	35	13,0	5	1,9	270	100,0
Meditação	5	1,9	17	6,3	104	38,5	117	43,3	27	10,0	270	100,0
Reiki	34	12,6	55	20,4	92	34,1	68	25,2	21	7,8	270	100,0
Shiatsu	31	11,5	49	18,1	117	43,3	60	22,2	13	4,8	270	100,0
Yoga	4	1,5	10	3,7	102	37,8	129	47,8	25	9,3	270	100,0

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE F – TABELA 6 – INTERESSE NAS PICs E OUTRAS TERAPIAS

Tabela 6 - Interesse nas PICs e outras terapias

	Não me interesse		Interesse pouquíssimo		Interesse mais ou menos		Interesse muito		Interesse totalmente		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Acupuntura	32	11,9	11	4,1	48	17,8	63	23,3	116	43,0	270	100,0
Argiloterapia	82	30,4	51	18,9	69	25,6	33	12,2	35	13,0	270	100,0
Fitoterapia	38	14,1	32	11,9	65	24,1	65	24,1	70	25,9	270	100,0
Homeopatia	47	17,4	17	6,3	58	21,5	71	26,3	77	28,5	270	100,0
Meditação	38	14,1	28	10,4	57	21,1	57	21,1	90	33,3	270	100,0
Reiki	58	21,5	38	14,1	52	19,3	50	18,5	72	26,7	270	100,0
Shiatsu	38	14,1	28	10,4	53	19,6	65	24,1	86	31,9	270	100,0
Yoga	35	13,0	23	8,5	56	20,7	50	18,5	106	39,3	270	100,0

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE G – TABELA 7 – TIPO DE TERAPIA A SER DISPONIBILIZADA

Tabela 7 - Tipo de terapia a ser disponibilizada

Terapia	Frequência	% Válido
Método de tratamento	25	15,2
Atividade física	20	12,2
Massoterapia	16	9,8
Tai chi chuan	15	9,1
Musicoterapia	9	5,5
Cromoterapia	7	4,3
Aromaterapia	5	3,0
Arteterapia	5	3,0
Florais	5	3,0
Massagem	5	3,0
Biodanza	4	2,4
Shiatsu	4	2,4
Yoga	4	2,4
Esporte	3	1,8
Acupuntura	2	1,2
Alongamento	2	1,2
Crenoterapia	2	1,2
Liang gong	2	1,2
Meditação	2	1,2
Relaxamento	2	1,2
Terapia das pedras quentes	2	1,2
Acroyoga	1	0,6
Aquaterapia	1	0,6
Chi gong	1	0,6
Cristal terapia	1	0,6
Dança de salão	1	0,6
Energia chi	1	0,6
Filosofia comportamental	1	0,6
Fitoterapia	1	0,6
Massagem com pedras quentes	1	0,6
Massagem terapêutica	1	0,6
Massagen do-in	1	0,6
Moxiterapia	1	0,6
Rreflexoterapia	1	0,6
Tchi kug	1	0,6
Terapia	1	0,6
Terapia de purificação okada	1	0,6

Terapia do abraço	1	0,6
Terapia do grito	1	0,6
Terapia em grupo	1	0,6
Terapia ocupacional	1	0,6
Terapia rolfing	1	0,6
Terapias tradicionais	1	0,6
Watsu	1	0,6
<hr/>		
Total	164	100,0
<hr/>		

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE H – TABELA 8 – RAZÃO PARA UTILIZAR OU NÃO AS TERAPIAS

Tabela 8 - Razão para utilizar ou não as terapias.

	Frequência	% Válido	
Cite uma razão pela qual você utilizaria alguma destas terapias, caso oferecida aos servidores.	Qualidade de vida	66	25,9
	Preservação da saúde	65	25,5
	Bem-estar	41	16,1
	Equilíbrio emocional	36	14,1
	Redução de sintomas de dores fisiológicas	22	8,6
	Melhora na condição pessoal no trabalho	15	5,9
	Curiosidade	8	3,1
	Gratuidade	2	0,8
	Total válido	255	100,0
Não citou razão	15		
Total	270		
Cite uma razão pela qual você não utilizaria alguma destas terapias, caso oferecida aos servidores	Indisponibilidade de tempo	79	30,6
	Nenhuma resistência	39	15,1
	Interesse por terapias	35	13,6
	Desinteresse por terapias	31	12,0
	Falta de comprovação científica/eficácia	23	8,9
	Desconhecimento	19	7,4
	Profissional desabilitado	19	7,4
	Incompatibilidade com a crença religiosa	8	3,1
	Valores cobrados	3	1,2
	Poucas vagas	2	0,8
	Total válido	258	100,0
	Não citou razão	12	
Total	270		

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE I – TABELA 9 – TESTE DE FISHER VARIÁVEL SEXO

Tabela 9 - Teste Exato de Fisher - Conhecimento Terapias x Sexo

		Sexo						Significância
		Masculino		Feminino		Total		
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
As práticas integrativas e complementares (PICs)	Desconheço totalmente / desconheço	49	40,5	41	27,5	90	33,3	0,088
	Conheço parcialmente	46	38,0	66	44,3	112	41,5	
	Conheço / conheço totalmente	26	21,5	42	28,2	68	25,2	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Acupuntura	Desconheço totalmente / desconheço	17	14,0	11	7,4	28	10,4	0,205
	Conheço parcialmente	38	31,4	46	30,9	84	31,1	
	Conheço / conheço totalmente	66	54,5	92	61,7	158	58,5	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Fitoterapia	Desconheço totalmente / desconheço	22	18,2	15	10,1	37	13,7	0,141
	Conheço parcialmente	48	39,7	54	36,2	102	37,8	
	Conheço / conheço totalmente	51	42,1	80	53,7	131	48,5	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Homeopatia	Desconheço totalmente / desconheço	15	12,4	9	6,0	24	8,9	0,324
	Conheço parcialmente	40	33,1	49	32,9	89	33,0	
	Conheço / conheço totalmente	66	54,5	91	61,1	157	58,1	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Termalismo Social	Desconheço totalmente / desconheço	93	76,9	92	61,7	185	68,5	0,008
	Conheço parcialmente	15	12,4	40	26,8	55	20,4	
	Conheço / conheço totalmente	13	10,7	17	11,4	30	11,1	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Crenoterapia	Desconheço totalmente / desconheço	98	81,0	113	75,8	211	78,1	0,608
	Conheço parcialmente	16	13,2	23	15,4	39	14,4	
	Conheço / conheço totalmente	7	5,8	13	8,7	20	7,4	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Argiloterapia	Desconheço totalmente / desconheço	62	51,2	52	34,9	114	42,2	0,001
	Conheço parcialmente	51	42,1	65	43,6	116	43,0	
	Conheço / conheço totalmente	8	6,6	32	21,5	40	14,8	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Meditação	Desconheço totalmente / desconheço	13	10,7	9	6,0	22	8,1	0,067
	Conheço parcialmente	52	43,0	52	34,9	104	38,5	
	Conheço / conheço totalmente	56	46,3	88	59,1	144	53,3	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Reiki	Desconheço totalmente / desconheço	49	40,5	40	26,8	89	33,0	0,007
	Conheço parcialmente	44	36,4	48	32,2	92	34,1	
	Conheço / conheço totalmente	28	23,1	61	40,9	89	33,0	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Shiatsu	Desconheço totalmente / desconheço	46	38,0	34	22,8	80	29,6	0,001
	Conheço parcialmente	55	45,5	62	41,6	117	43,3	

	Conheço / conheço totalmente	20	16,5	53	35,6	73	27,0	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
	Desconheço totalmente / desconheço	11	9,1	3	2,0	14	5,2	
	Conheço parcialmente	59	48,8	43	28,9	102	37,8	
Yoga	Conheço / conheço totalmente	51	42,1	103	69,1	154	57,0	0,000
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE J – TABELA 10 – TESTE DE FISHER VARIÁVEL IDADE

Tabela 10 - Teste Exato de Fisher - Conhecimento Terapias x Idade

		Idade										Significância
		18 a 35 anos		36 a 45 anos		46 a 55 anos		Acima de 56 anos		Total		
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
As práticas integrativas e complementares (PICs)	Desconheço totalmente / desconheço	39	41,1	29	32,2	15	24,6	7	29,2	90	33,3	0,087
	Conheço parcialmente	41	43,2	37	41,1	27	44,3	7	29,2	112	41,5	
	Conheço / conheço totalmente	15	15,8	24	26,7	19	31,1	10	41,7	68	25,2	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Acupuntura	Desconheço totalmente / desconheço	12	12,6	8	8,9	5	8,2	3	12,5	28	10,4	0,063
	Conheço parcialmente	40	42,1	24	26,7	13	21,3	7	29,2	84	31,1	
	Conheço / conheço totalmente	43	45,3	58	64,4	43	70,5	14	58,3	158	58,5	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Fitoterapia	Desconheço totalmente / desconheço	20	21,1	9	10,0	5	8,2	3	12,5	37	13,7	0,160
	Conheço parcialmente	39	41,1	34	37,8	20	32,8	9	37,5	102	37,8	
	Conheço / conheço totalmente	36	37,9	47	52,2	36	59,0	12	50,0	131	48,5	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Homeopatia	Desconheço totalmente / desconheço	11	11,6	4	4,4	5	8,2	4	16,7	24	8,9	0,003
	Conheço parcialmente	43	45,3	30	33,3	13	21,3	3	12,5	89	33,0	
	Conheço / conheço totalmente	41	43,2	56	62,2	43	70,5	17	70,8	157	58,1	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Termalismo Social	Desconheço totalmente / desconheço	76	80,0	57	63,3	40	65,6	12	50,0	185	68,5	0,003
	Conheço parcialmente	14	14,7	23	25,6	9	14,8	9	37,5	55	20,4	
	Conheço / conheço totalmente	5	5,3	10	11,1	12	19,7	3	12,5	30	11,1	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Crenoterapia	Desconheço totalmente / desconheço	83	87,4	72	80,0	44	72,1	12	50,0	211	78,1	0,002
	Conheço parcialmente	8	8,4	13	14,4	9	14,8	9	37,5	39	14,4	
	Conheço / conheço totalmente	4	4,2	5	5,6	8	13,1	3	12,5	20	7,4	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Argiloterapia	Desconheço totalmente / desconheço	39	41,1	42	46,7	24	39,3	9	37,5	114	42,2	0,924
	Conheço parcialmente	41	43,2	37	41,1	26	42,6	12	50,0	116	43,0	
	Conheço / conheço totalmente	15	15,8	11	12,2	11	18,0	3	12,5	40	14,8	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Meditação	Desconheço totalmente / desconheço	10	10,5	8	8,9	2	3,3	2	8,3	22	8,1	0,143
	Conheço parcialmente	41	43,2	36	40,0	17	27,9	10	41,7	104	38,5	
	Conheço / conheço totalmente	44	46,3	46	51,1	42	68,9	12	50,0	144	53,3	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Reiki	Desconheço totalmente /	39	41,1	31	34,4	16	26,2	3	12,5	89	33,0	0,046

	desconheço											
	Conheço parcialmente	33	34,7	30	33,3	17	27,9	12	50,0	92	34,1	
	Conheço / conheço totalmente	23	24,2	29	32,2	28	45,9	9	37,5	89	33,0	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Shiatsu	Desconheço totalmente / desconheço	35	36,8	29	32,2	12	19,7	4	16,7	80	29,6	
	Conheço parcialmente	43	45,3	35	38,9	27	44,3	12	50,0	117	43,3	0,079
	Conheço / conheço totalmente	17	17,9	26	28,9	22	36,1	8	33,3	73	27,0	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Yoga	Desconheço totalmente / desconheço	7	7,4	5	5,6	2	3,3	0	0,0	14	5,2	
	Conheço parcialmente	42	44,2	38	42,2	13	21,3	9	37,5	102	37,8	0,038
	Conheço / conheço totalmente	46	48,4	47	52,2	46	75,4	15	62,5	154	57,0	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE L – TABELA 11 – TESTE DE FISHER VARIÁVEL CAMPUS

Tabela 21 - Teste Exato de Fisher – Conhecimento Terapias x Campus

		Campus										Significância
		Goiabeiras		Maruípe		Alegre		São Mateus		Total		
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
As práticas integrativas e complementares (PICs)	Desconheço totalmente / desconheço	64	36,0	8	22,9	12	37,5	6	24,0	90	33,3	0,727
	Conheço parcialmente	73	41,0	16	45,7	12	37,5	11	44,0	112	41,5	
	Conheço / conheço totalmente	41	23,0	11	31,4	8	25,0	8	32,0	68	25,2	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Acupuntura	Desconheço totalmente / desconheço	17	9,6	5	14,3	3	9,4	3	12,0	28	10,4	0,336
	Conheço parcialmente	51	28,7	9	25,7	14	43,8	10	40,0	84	31,1	
	Conheço / conheço totalmente	110	61,8	21	60,0	15	46,9	12	48,0	158	58,5	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Fitoterapia	Desconheço totalmente / desconheço	25	14,0	3	8,6	4	12,5	5	20,0	37	13,7	0,711
	Conheço parcialmente	69	38,8	12	34,3	13	40,6	8	32,0	102	37,8	
	Conheço / conheço totalmente	84	47,2	20	57,1	15	46,9	12	48,0	131	48,5	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Homeopatia	Desconheço totalmente / desconheço	16	9,0	2	5,7	1	3,1	5	20,0	24	8,9	0,182
	Conheço parcialmente	51	28,7	14	40,0	16	50,0	8	32,0	89	33,0	
	Conheço / conheço totalmente	111	62,4	19	54,3	15	46,9	12	48,0	157	58,1	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Termalismo Social	Desconheço totalmente / desconheço	123	69,1	22	62,9	24	75,0	16	64,0	185	68,5	0,691
	Conheço parcialmente	38	21,3	7	20,0	5	15,6	5	20,0	55	20,4	
	Conheço / conheço totalmente	17	9,6	6	17,1	3	9,4	4	16,0	30	11,1	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Crenoterapia	Desconheço totalmente / desconheço	143	80,3	26	74,3	25	78,1	17	68,0	211	78,1	0,689
	Conheço parcialmente	25	14,0	5	14,3	4	12,5	5	20,0	39	14,4	
	Conheço / conheço totalmente	10	5,6	4	11,4	3	9,4	3	12,0	20	7,4	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Argiloterapia	Desconheço totalmente / desconheço	74	41,6	19	54,3	12	37,5	9	36,0	114	42,2	0,811
	Conheço parcialmente	78	43,8	11	31,4	15	46,9	12	48,0	116	43,0	
	Conheço / conheço totalmente	26	14,6	5	14,3	5	15,6	4	16,0	40	14,8	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Meditação	Desconheço totalmente / desconheço	14	7,9	2	5,7	4	12,5	2	8,0	22	8,1	0,979
	Conheço parcialmente	68	38,2	15	42,9	12	37,5	9	36,0	104	38,5	
	Conheço / conheço totalmente	96	53,9	18	51,4	16	50,0	14	56,0	144	53,3	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Reiki	Desconheço totalmente / desconheço	53	29,8	14	40,0	14	43,8	8	32,0	89	33,0	0,266

	Conheço parcialmente	69	38,8	9	25,7	8	25,0	6	24,0	92	34,1	
	Conheço / conheço totalmente	56	31,5	12	34,3	10	31,3	11	44,0	89	33,0	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Shiatsu	Desconheço totalmente / desconheço	55	30,9	8	22,9	10	31,3	7	28,0	80	29,6	
	Conheço parcialmente	79	44,4	17	48,6	11	34,4	10	40,0	117	43,3	0,807
	Conheço / conheço totalmente	44	24,7	10	28,6	11	34,4	8	32,0	73	27,0	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Yoga	Desconheço totalmente / desconheço	7	3,9	3	8,6	2	6,3	2	8,0	14	5,2	
	Conheço parcialmente	68	38,2	10	28,6	12	37,5	12	48,0	102	37,8	0,490
	Conheço / conheço totalmente	103	57,9	22	62,9	18	56,3	11	44,0	154	57,0	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE M – TABELA 12 – TESTE DE FISHER VARIÁVEL TEMPO

Tabela 32 - Teste Exato de Fisher - Conhecimento Terapias x Tempo na instituição

		Tempo na instituição										Significância
		1 A 2 anos		3 a 7 anos		8 a 20 anos		21 anos ou mais		Total		
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
As práticas integrativas e complementares (PICs)	Desconheço totalmente / desconheço	17	29,8	50	43,5	11	20,4	12	27,3	90	33,3	0,030
	Conheço parcialmente	26	45,6	42	36,5	28	51,9	16	36,4	112	41,5	
	Conheço / conheço totalmente	14	24,6	23	20,0	15	27,8	16	36,4	68	25,2	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Acupuntura	Desconheço totalmente / desconheço	4	7,0	16	13,9	4	7,4	4	9,1	28	10,4	0,087
	Conheço parcialmente	19	33,3	43	37,4	14	25,9	8	18,2	84	31,1	
	Conheço / conheço totalmente	34	59,6	56	48,7	36	66,7	32	72,7	158	58,5	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Fitoterapia	Desconheço totalmente / desconheço	7	12,3	21	18,3	3	5,6	6	13,6	37	13,7	0,464
	Conheço parcialmente	24	42,1	42	36,5	22	40,7	14	31,8	102	37,8	
	Conheço / conheço totalmente	26	45,6	52	45,2	29	53,7	24	54,5	131	48,5	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Homeopatia	Desconheço totalmente / desconheço	3	5,3	12	10,4	3	5,6	6	13,6	24	8,9	0,015
	Conheço parcialmente	19	33,3	49	42,6	15	27,8	6	13,6	89	33,0	
	Conheço / conheço totalmente	35	61,4	54	47,0	36	66,7	32	72,7	157	58,1	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Termalismo Social	Desconheço totalmente / desconheço	39	68,4	86	74,8	31	57,4	29	65,9	185	68,5	0,261
	Conheço parcialmente	11	19,3	19	16,5	17	31,5	8	18,2	55	20,4	
	Conheço / conheço totalmente	7	12,3	10	8,7	6	11,1	7	15,9	30	11,1	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Crenoterapia	Desconheço totalmente / desconheço	49	86,0	92	80,0	42	77,8	28	63,6	211	78,1	0,161
	Conheço parcialmente	4	7,0	16	13,9	9	16,7	10	22,7	39	14,4	
	Conheço / conheço totalmente	4	7,0	7	6,1	3	5,6	6	13,6	20	7,4	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Argiloterapia	Desconheço totalmente / desconheço	21	36,8	51	44,3	25	46,3	17	38,6	114	42,2	0,585
	Conheço parcialmente	26	45,6	50	43,5	18	33,3	22	50,0	116	43,0	
	Conheço / conheço totalmente	10	17,5	14	12,2	11	20,4	5	11,4	40	14,8	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Meditação	Desconheço totalmente / desconheço	1	1,8	13	11,3	6	11,1	2	4,5	22	8,1	0,272
	Conheço parcialmente	25	43,9	44	38,3	20	37,0	15	34,1	104	38,5	
	Conheço / conheço totalmente	31	54,4	58	50,4	28	51,9	27	61,4	144	53,3	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Reiki	Desconheço totalmente /	19	33,3	43	37,4	20	37,0	7	15,9	89	33,0	0,231

	desconheço											
	Conheço parcialmente	19	33,3	39	33,9	16	29,6	18	40,9	92	34,1	
	Conheço / conheço totalmente	19	33,3	33	28,7	18	33,3	19	43,2	89	33,0	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Shiatsu	Desconheço totalmente / desconheço	18	31,6	37	32,2	16	29,6	9	20,5	80	29,6	
	Conheço parcialmente	24	42,1	52	45,2	19	35,2	22	50,0	117	43,3	0,573
	Conheço / conheço totalmente	15	26,3	26	22,6	19	35,2	13	29,5	73	27,0	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Yoga	Desconheço totalmente / desconheço	1	1,8	10	8,7	3	5,6	0	0,0	14	5,2	
	Conheço parcialmente	20	35,1	49	42,6	19	35,2	14	31,8	102	37,8	0,160
	Conheço / conheço totalmente	36	63,2	56	48,7	32	59,3	30	68,2	154	57,0	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE N - TABELA 13 – TESTE DE FISHER VARIÁVEL ESCOLARIDADE

Tabela 13 - Teste Exato de Fisher - Conhecimento Terapias x Escolaridade

		Escolaridade										Significância		
		Curso superior		Especialização		Mestrado		Doutorado		Pós doutorado			Total	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%		Freq.	%
As práticas integrativas e complementares (PICs)	Desconheço totalmente / desconheço	6	33,3	21	33,9	21	32,8	30	36,1	10	26,3	88	33,2	0,067
	Conheço parcialmente	9	50,0	31	50,0	28	43,8	31	37,3	10	26,3	109	41,1	
	Conheço / conheço totalmente	3	16,7	10	16,1	15	23,4	22	26,5	18	47,4	68	25,7	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Acupuntura	Desconheço totalmente / desconheço	1	5,6	5	8,1	10	15,6	9	10,8	2	5,3	27	10,2	0,254
	Conheço parcialmente	9	50,0	23	37,1	14	21,9	27	32,5	9	23,7	82	30,9	
	Conheço / conheço totalmente	8	44,4	34	54,8	40	62,5	47	56,6	27	71,1	156	58,9	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Fitoterapia	Desconheço totalmente / desconheço	3	16,7	6	9,7	13	20,3	10	12,0	3	7,9	35	13,2	0,622
	Conheço parcialmente	6	33,3	27	43,5	22	34,4	32	38,6	12	31,6	99	37,4	
	Conheço / conheço totalmente	9	50,0	29	46,8	29	45,3	41	49,4	23	60,5	131	49,4	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Homeopatia	Desconheço totalmente / desconheço	1	5,6	6	9,7	7	10,9	7	8,4	1	2,6	22	8,3	0,739
	Conheço parcialmente	7	38,9	23	37,1	18	28,1	29	34,9	10	26,3	87	32,8	
	Conheço / conheço totalmente	10	55,6	33	53,2	39	60,9	47	56,6	27	71,1	156	58,9	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Termalismo Social	Desconheço totalmente / desconheço	15	83,3	39	62,9	54	84,4	56	67,5	18	47,4	182	68,7	0,001
	Conheço parcialmente	3	16,7	17	27,4	7	10,9	18	21,7	9	23,7	54	20,4	
	Conheço / conheço totalmente	0	0,0	6	9,7	3	4,7	9	10,8	11	28,9	29	10,9	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Crenoterapia	Desconheço totalmente / desconheço	16	88,9	49	79,0	56	87,5	61	73,5	25	65,8	207	78,1	0,025
	Conheço parcialmente	2	11,1	10	16,1	6	9,4	16	19,3	4	10,5	38	14,3	
	Conheço / conheço totalmente	0	0,0	3	4,8	2	3,1	6	7,2	9	23,7	20	7,5	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Argiloterapia	Desconheço totalmente / desconheço	7	38,9	22	35,5	33	51,6	39	47,0	10	26,3	111	41,9	0,187
	Conheço parcialmente	9	50,0	29	46,8	20	31,3	36	43,4	20	52,6	114	43,0	
	Conheço / conheço totalmente	2	11,1	11	17,7	11	17,2	8	9,6	8	21,1	40	15,1	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Meditação	Desconheço totalmente / desconheço	0	0,0	3	4,8	9	14,1	8	9,6	2	5,3	22	8,3	0,022
	Conheço parcialmente	7	38,9	35	56,5	19	29,7	31	37,3	10	26,3	102	38,5	
	Conheço / conheço totalmente	11	61,1	24	38,7	36	56,3	44	53,0	26	68,4	141	53,2	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Reiki	Desconheço totalmente /	8	44,4	20	32,3	22	34,4	30	36,1	8	21,1	88	33,2	0,205

	desconheço													
	Conheço parcialmente	5	27,8	25	40,3	20	31,3	29	34,9	9	23,7	88	33,2	
	Conheço / conheço totalmente	5	27,8	17	27,4	22	34,4	24	28,9	21	55,3	89	33,6	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Shiatsu	Desconheço totalmente / desconheço	8	44,4	20	32,3	22	34,4	23	27,7	5	13,2	78	29,4	
	Conheço parcialmente	7	38,9	26	41,9	28	43,8	38	45,8	16	42,1	115	43,4	0,171
	Conheço / conheço totalmente	3	16,7	16	25,8	14	21,9	22	26,5	17	44,7	72	27,2	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Yoga	Desconheço totalmente / desconheço	0	0,0	2	3,2	6	9,4	5	6,0	1	2,6	14	5,3	
	Conheço parcialmente	7	38,9	27	43,5	25	39,1	29	34,9	11	28,9	99	37,4	0,643
	Conheço / conheço totalmente	11	61,1	33	53,2	33	51,6	49	59,0	26	68,4	152	57,4	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE O - TABELA 14 – TESTE DE FISHER VARIÁVEL SEXO

		Sexo						Significância
		Masculino		Feminino		Total		
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Acupuntura	Não me interesse / interesse pouquíssimo	23	19,0	20	13,4	43	15,9	0,083
	Interesse mais ou menos	27	22,3	21	14,1	48	17,8	
	Interesse muito / interesse totalmente	71	58,7	108	72,5	179	66,3	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Argiloterapia	Não me interesse / interesse pouquíssimo	74	61,2	59	39,6	133	49,3	0,000
	Interesse mais ou menos	31	25,6	38	25,5	69	25,6	
	Interesse muito / interesse totalmente	16	13,2	52	34,9	68	25,2	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Fitoterapia	Não me interesse / interesse pouquíssimo	43	35,5	27	18,1	70	25,9	0,001
	Interesse mais ou menos	33	27,3	32	21,5	65	24,1	
	Interesse muito / interesse totalmente	45	37,2	90	60,4	135	50,0	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Homeopatia	Não me interesse / interesse pouquíssimo	38	31,4	26	17,4	64	23,7	0,000
	Interesse mais ou menos	35	28,9	23	15,4	58	21,5	
	Interesse muito / interesse totalmente	48	39,7	100	67,1	148	54,8	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Meditação	Não me interesse / interesse pouquíssimo	35	28,9	31	20,8	66	24,4	0,033
	Interesse mais ou menos	31	25,6	26	17,4	57	21,1	
	Interesse muito / interesse totalmente	55	45,5	92	61,7	147	54,4	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Reiki	Não me interesse / interesse pouquíssimo	54	44,6	42	28,2	96	35,6	0,010
	Interesse mais ou menos	22	18,2	30	20,1	52	19,3	
	Interesse muito / interesse totalmente	45	37,2	77	51,7	122	45,2	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	
Shiatsu	Não me interesse / interesse pouquíssimo	36	29,8	30	20,1	66	24,4	0,025
	Interesse mais ou menos	28	23,1	25	16,8	53	19,6	
	Interesse muito / interesse totalmente	57	47,1	94	63,1	151	55,9	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	

	Não me interessa / interesse pouquíssimo	42	34,7	16	10,7	58	21,5	
Yoga	Interesse mais ou menos	29	24,0	27	18,1	56	20,7	0,000
	Interesse muito / interesse totalmente	50	41,3	106	71,1	156	57,8	
	Total	121	100,0	149	100,0	270	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE P - TABELA 15 – TESTE DE FISHER VARIÁVEL IDADE

Tabela 15 - Teste Exato de Fisher - Interesse Terapias x Idade

		Idade										Significância
		18 a 35 anos		36 a 45 anos		46 a 55 anos		Acima de 56 anos		Total		
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Acupuntura	Não me interesso / interesso pouquíssimo	17	17,9	17	18,9	8	13,1	1	4,2	43	15,9	0,487
	Interesso mais ou menos	18	18,9	17	18,9	11	18,0	2	8,3	48	17,8	
	Interesso muito / interesso totalmente	60	63,2	56	62,2	42	68,9	21	87,5	179	66,3	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Argiloterapia	Não me interesso / interesso pouquíssimo	40	42,1	53	58,9	29	47,5	11	45,8	133	49,3	0,098
	Interesso mais ou menos	23	24,2	21	23,3	16	26,2	9	37,5	69	25,6	
	Interesso muito / interesso totalmente	32	33,7	16	17,8	16	26,2	4	16,7	68	25,2	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Fitoterapia	Não me interesso / interesso pouquíssimo	27	28,4	31	34,4	11	18,0	1	4,2	70	25,9	0,047
	Interesso mais ou menos	24	25,3	17	18,9	15	24,6	9	37,5	65	24,1	
	Interesso muito / interesso totalmente	44	46,3	42	46,7	35	57,4	14	58,3	135	50,0	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Homeopatia	Não me interesso / interesso pouquíssimo	23	24,2	26	28,9	14	23,0	1	4,2	64	23,7	0,095
	Interesso mais ou menos	23	24,2	21	23,3	8	13,1	6	25,0	58	21,5	
	Interesso muito / interesso totalmente	49	51,6	43	47,8	39	63,9	17	70,8	148	54,8	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Meditação	Não me interesso / interesso pouquíssimo	26	27,4	21	23,3	16	26,2	3	12,5	66	24,4	0,663
	Interesso mais ou menos	19	20,0	17	18,9	12	19,7	9	37,5	57	21,1	
	Interesso muito / interesso totalmente	50	52,6	52	57,8	33	54,1	12	50,0	147	54,4	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Reiki	Não me interesso / interesso pouquíssimo	35	36,8	33	36,7	23	37,7	5	20,8	96	35,6	0,419
	Interesso mais ou menos	16	16,8	16	17,8	11	18,0	9	37,5	52	19,3	
	Interesso muito / interesso totalmente	44	46,3	41	45,6	27	44,3	10	41,7	122	45,2	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Shiatsu	Não me interesso / interesso pouquíssimo	27	28,4	23	25,6	9	14,8	7	29,2	66	24,4	0,175
	Interesso mais ou menos	16	16,8	15	16,7	15	24,6	7	29,2	53	19,6	
	Interesso muito / interesso totalmente	52	54,7	52	57,8	37	60,7	10	41,7	151	55,9	

	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	
Yoga	Não me interessa / interesse pouquíssimo	23	24,2	18	20,0	13	21,3	4	16,7	58	21,5	
	Interesse mais ou menos	21	22,1	19	21,1	10	16,4	6	25,0	56	20,7	0,938
	Interesse muito / interesse totalmente	51	53,7	53	58,9	38	62,3	14	58,3	156	57,8	
	Total	95	100,0	90	100,0	61	100,0	24	100,0	270	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE Q - TABELA 16 – TESTE DE FISHER VARIÁVEL CAMPUS

Tabela 56 - Teste Exato de Fisher - Interesse Terapias x Campus

		Campus										Significância
		Goiabeiras		Maruípe		Alegre		São Mateus		Total		
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Acupuntura	Não me interesse / interesse pouquíssimo	26	14,6	5	14,3	3	9,4	9	36,0	43	15,9	0,062
	Interesse mais ou menos	28	15,7	7	20,0	6	18,8	7	28,0	48	17,8	
	Interesse muito / interesse totalmente	124	69,7	23	65,7	23	71,9	9	36,0	179	66,3	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Argiloterapia	Não me interesse / interesse pouquíssimo	85	47,8	14	40,0	21	65,6	13	52,0	133	49,3	0,427
	Interesse mais ou menos	46	25,8	12	34,3	5	15,6	6	24,0	69	25,6	
	Interesse muito / interesse totalmente	47	26,4	9	25,7	6	18,8	6	24,0	68	25,2	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Fitoterapia	Não me interesse / interesse pouquíssimo	40	22,5	7	20,0	13	40,6	10	40,0	70	25,9	0,122
	Interesse mais ou menos	45	25,3	7	20,0	6	18,8	7	28,0	65	24,1	
	Interesse muito / interesse totalmente	93	52,2	21	60,0	13	40,6	8	32,0	135	50,0	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Homeopatia	Não me interesse / interesse pouquíssimo	34	19,1	6	17,1	13	40,6	11	44,0	64	23,7	0,012
	Interesse mais ou menos	36	20,2	9	25,7	7	21,9	6	24,0	58	21,5	
	Interesse muito / interesse totalmente	108	60,7	20	57,1	12	37,5	8	32,0	148	54,8	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Meditação	Não me interesse / interesse pouquíssimo	43	24,2	3	8,6	10	31,3	10	40,0	66	24,4	0,088
	Interesse mais ou menos	41	23,0	7	20,0	6	18,8	3	12,0	57	21,1	
	Interesse muito / interesse totalmente	94	52,8	25	71,4	16	50,0	12	48,0	147	54,4	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Reiki	Não me interesse / interesse pouquíssimo	61	34,3	7	20,0	16	50,0	12	48,0	96	35,6	0,054
	Interesse mais ou menos	34	19,1	12	34,3	2	6,3	4	16,0	52	19,3	
	Interesse muito / interesse totalmente	83	46,6	16	45,7	14	43,8	9	36,0	122	45,2	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	
Shiatsu	Não me interesse / interesse pouquíssimo	42	23,6	5	14,3	10	31,3	9	36,0	66	24,4	0,180
	Interesse mais ou menos	38	21,3	8	22,9	2	6,3	5	20,0	53	19,6	
	Interesse muito / interesse totalmente	98	55,1	22	62,9	20	62,5	11	44,0	151	55,9	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	

Yoga	Não me interessa / interesse pouquíssimo	38	21,3	3	8,6	6	18,8	11	44,0	58	21,5	0,009
	Interesse mais ou menos	36	20,2	5	14,3	10	31,3	5	20,0	56	20,7	
	Interesse muito / interesse totalmente	104	58,4	27	77,1	16	50,0	9	36,0	156	57,8	
	Total	178	100,0	35	100,0	32	100,0	25	100,0	270	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE R - TABELA 17 – TESTE DE FISHER VARIÁVEL TEMPO

Tabela 67. Teste Exato de Fisher – Interesse Terapias x Tempo na instituição

		Tempo na instituição										Significância
		1 A 2 anos		3 a 7 anos		8 a 20 anos		21 anos ou mais		Total		
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	
Acupuntura	Não me interesse / interesse pouquíssimo	9	15,8	16	13,9	16	29,6	2	4,5	43	15,9	0,021
	Interesse mais ou menos	11	19,3	26	22,6	5	9,3	6	13,6	48	17,8	
	Interesse muito / interesse totalmente	37	64,9	73	63,5	33	61,1	36	81,8	179	66,3	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Argiloterapia	Não me interesse / interesse pouquíssimo	21	36,8	62	53,9	32	59,3	18	40,9	133	49,3	0,029
	Interesse mais ou menos	13	22,8	27	23,5	13	24,1	16	36,4	69	25,6	
	Interesse muito / interesse totalmente	23	40,4	26	22,6	9	16,7	10	22,7	68	25,2	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Fitoterapia	Não me interesse / interesse pouquíssimo	12	21,1	38	33,0	16	29,6	4	9,1	70	25,9	0,025
	Interesse mais ou menos	11	19,3	30	26,1	12	22,2	12	27,3	65	24,1	
	Interesse muito / interesse totalmente	34	59,6	47	40,9	26	48,1	28	63,6	135	50,0	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Homeopatia	Não me interesse / interesse pouquíssimo	15	26,3	29	25,2	15	27,8	5	11,4	64	23,7	0,151
	Interesse mais ou menos	8	14,0	31	27,0	9	16,7	10	22,7	58	21,5	
	Interesse muito / interesse totalmente	34	59,6	55	47,8	30	55,6	29	65,9	148	54,8	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Meditação	Não me interesse / interesse pouquíssimo	15	26,3	27	23,5	14	25,9	10	22,7	66	24,4	0,451
	Interesse mais ou menos	7	12,3	23	20,0	16	29,6	11	25,0	57	21,1	
	Interesse muito / interesse totalmente	35	61,4	65	56,5	24	44,4	23	52,3	147	54,4	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Reiki	Não me interesse / interesse pouquíssimo	17	29,8	41	35,7	28	51,9	10	22,7	96	35,6	0,012
	Interesse mais ou menos	10	17,5	19	16,5	7	13,0	16	36,4	52	19,3	
	Interesse muito / interesse totalmente	30	52,6	55	47,8	19	35,2	18	40,9	122	45,2	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Shiatsu	Não me interesse / interesse pouquíssimo	11	19,3	31	27,0	14	25,9	10	22,7	66	24,4	0,346
	Interesse mais ou menos	11	19,3	20	17,4	8	14,8	14	31,8	53	19,6	
	Interesse muito / interesse totalmente	35	61,4	64	55,7	32	59,3	20	45,5	151	55,9	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	
Yoga	Não me interesse / interesse pouquíssimo	10	17,5	28	24,3	13	24,1	7	15,9	58	21,5	0,329
	Interesse mais ou menos	12	21,1	26	22,6	6	11,1	12	27,3	56	20,7	
	Interesse muito / interesse totalmente	35	61,4	61	53,0	35	64,8	25	56,8	156	57,8	
	Total	57	100,0	115	100,0	54	100,0	44	100,0	270	100,0	

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE S - TABELA 18 – TESTE DE FISHER VARIÁVEL ESCOLARIDADE

Tabela 78 - Teste Exato de Fisher - Interesse Terapias x Grau de escolaridade

		Escolaridade										Significância		
		Curso superior		Especialização		Mestrado		Doutorado		Pós doutorado			Total	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%		Freq.	%
Acupuntura	Não me interesse / interesse pouquíssimo	5	27,8	10	16,1	9	14,1	13	15,7	5	13,2	42	15,8	0,931
	Interesse mais ou menos	3	16,7	12	19,4	11	17,2	15	18,1	5	13,2	46	17,4	
	Interesse muito / interesse totalmente	10	55,6	40	64,5	44	68,8	55	66,3	28	73,7	177	66,8	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Argiloterapia	Não me interesse / interesse pouquíssimo	9	50,0	21	33,9	32	50,0	51	61,4	17	44,7	130	49,1	0,021
	Interesse mais ou menos	3	16,7	22	35,5	16	25,0	20	24,1	6	15,8	67	25,3	
	Interesse muito / interesse totalmente	6	33,3	19	30,6	16	25,0	12	14,5	15	39,5	68	25,7	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Fitoterapia	Não me interesse / interesse pouquíssimo	7	38,9	9	14,5	17	26,6	29	34,9	6	15,8	68	25,7	0,058
	Interesse mais ou menos	2	11,1	16	25,8	18	28,1	19	22,9	7	18,4	62	23,4	
	Interesse muito / interesse totalmente	9	50,0	37	59,7	29	45,3	35	42,2	25	65,8	135	50,9	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Homeopatia	Não me interesse / interesse pouquíssimo	5	27,8	15	24,2	12	18,8	24	28,9	7	18,4	63	23,8	0,179
	Interesse mais ou menos	3	16,7	15	24,2	16	25,0	18	21,7	2	5,3	54	20,4	
	Interesse muito / interesse totalmente	10	55,6	32	51,6	36	56,3	41	49,4	29	76,3	148	55,8	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Meditação	Não me interesse / interesse pouquíssimo	4	22,2	17	27,4	13	20,3	21	25,3	10	26,3	65	24,5	0,576
	Interesse mais ou menos	5	27,8	10	16,1	14	21,9	22	26,5	4	10,5	55	20,8	
	Interesse muito / interesse totalmente	9	50,0	35	56,5	37	57,8	40	48,2	24	63,2	145	54,7	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Reiki	Não me interesse / interesse pouquíssimo	6	33,3	24	38,7	21	32,8	35	42,2	9	23,7	95	35,8	0,185
	Interesse mais ou menos	1	5,6	16	25,8	14	21,9	14	16,9	6	15,8	51	19,2	
	Interesse muito / interesse totalmente	11	61,1	22	35,5	29	45,3	34	41,0	23	60,5	119	44,9	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	
Shiatsu	Não me interesse / interesse pouquíssimo	4	22,2	16	25,8	19	29,7	22	26,5	5	13,2	66	24,9	0,811
	Interesse mais ou menos	4	22,2	11	17,7	13	20,3	15	18,1	8	21,1	51	19,2	
	Interesse muito / interesse totalmente	10	55,6	35	56,5	32	50,0	46	55,4	25	65,8	148	55,8	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	

Yoga	Não me interessa / interesse pouquíssimo	4	22,2	9	14,5	14	21,9	21	25,3	9	23,7	57	21,5	0,662
	Interesse mais ou menos	6	33,3	12	19,4	12	18,8	18	21,7	6	15,8	54	20,4	
	Interesse muito / interesse totalmente	8	44,4	41	66,1	38	59,4	44	53,0	23	60,5	154	58,1	
	Total	18	100,0	62	100,0	64	100,0	83	100,0	38	100,0	265	100,0	

Fonte: Elaboração própria.