



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
UNIVERSITÁRIA**

MARILDA NAIR DOS SANTOS NASCIMENTO

**AS CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS DAS PRÁTICAS
INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES DO PROJETO
AMANHECER (HU-UFSC)**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Florianópolis
2016**

Marilda Nair dos Santos Nascimento

**AS CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS DAS PRÁTICAS
INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES DO PROJETO
AMANHECER (HU-UFSC)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração Universitária do Departamento de Administração da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração Universitária.

Orientador: Prof. Ph.D. Rudimar Antunes da Rocha.

Florianópolis
2016

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.**

Nascimento, Marilda Nair dos Santos

As contribuições sociais das práticas integrativas e complementares do Projeto Amanhecer (HU/UFSC) / Marilda Nair dos Santos Nascimento ; orientador, Rudimar Antunes da Rocha - Florianópolis, SC, 2016.

149 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária.

Inclui referências

1. Administração Universitária. 2. Contribuições sociais. 3. Projeto Amanhecer. 4. Hospital Universitário - UFSC. 5. Práticas Integrativas e Complementares. I. Rocha, Rudimar Antunes da. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária. III. Título.

MARILDA NAIR DOS SANTOS NASCIMENTO

**AS CONTRIBUIÇÕES SOCIAIS DAS PRÁTICAS
INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES DO PROJETO
AMANHECER (HU-UFSC)**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Administração Universitária”, e aprovada em sua forma final ao Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária do Departamento de Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 04 de julho de 2016.

Prof.^a Dr.^a Alessandra de Linhares Jacobsen
Coordenadora do PPGAU-UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Ph.D. Rudimar Antunes da Rocha
PPGAU-UFSC - Orientador

Prof.^a Dr.^a Alessandra de Linhares Jacobsen
PPGAU-UFSC - Membro

Prof. Dr. Martin de La Martinière Petroll
PPGAdm-UFSC - Membro Externo

Prof. Dr. Andreas Dittmar Weise
PPGEP-UFSM - Membro Externo

Dedico este trabalho à minha família
que, em todos os momentos,
incentivaram para a conclusão desta
dissertação.

AGRADECIMENTOS

Ao universo e a Deus nele contido, pela vida e determinação para a conclusão deste desafio.

Aos meus pais Elpídio (*in memoriam*) e minha querida mãe Nair, pelas suas orações e palavras de consolo e incentivo nos momentos mais difíceis.

Ao meu marido Anísio, amor da minha vida, pelo incentivo, paciência e tolerância, especialmente durante o período de realização deste trabalho.

Aos meus queridos filhos, Mateus e Mariana, presente de Deus, pela compreensão da ausência e pelos aprendizados que me proporcionam, contribuindo para meu crescimento pessoal e espiritual. Amo vocês!

Aos meus irmãos Gilson, Gilmar, Gilberto, Gildo (*in memoriam*) e Marilza, pela presença forte em minha vida, isso me faz feliz.

Às minhas amigas Eva e Rosana, pelo incentivo e confiança motivando-me do começo ao fim.

Ao meu Orientador, Professor Rudimar Antunes da Rocha PhD. Que me acompanhou na construção deste trabalho, pacientemente, não me deixou desistir nos momentos de medo e desânimo que fizeram parte desta minha jornada.

A todos os voluntários do Projeto Amanhecer pelo carinho, confiança, respeito e dedicação ao trabalho que realizam. Vocês me inspiram!

Aos usuários do Projeto Amanhecer pelo apoio, confiança e força de vontade para transformar suas realidades.

Aos bolsistas que passaram e aos que fazem parte do meu cotidiano, muita obrigada pelo empenho e incentivo.

Aos colegas de turma, pela parceria e incentivo nos momentos de convivência durante este período. Gratidão!

RESUMO

O presente estudo destaca e analisa a percepção dos usuários e dos profissionais voluntários (PV), em relação às contribuições sociais das Práticas Integrativas e Complementares (PICs), bem como a forma de gestão do PA-HU-UFSC, em 2014 e 2015. O tipo de pesquisa foi o estudo de caso de natureza aplicada, com abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de dados foi executada em duas etapas; a primeira com os usuários e, segunda com os PVs, nos meses de agosto a novembro de 2015. A amostra foi de 161 usuários e de 30 PVs do PA-HU/UFSC. O instrumento de coleta de dados utilizado com os usuários foi o questionário fechado Estilo Likert, ancorado no Google Docs, com convite por e-mail do banco de dados do PA. A coleta de dados com os PVs foi feita presencial no projeto, com roteiro de entrevista não estruturado, com 13 questões. Os resultados dos usuários indicaram que 139 são do sexo feminino, 111 da faixa etária de 18 a 28 ou de 28 a 38 anos, ainda que, 47 são graduandos, 91 só se tratam no PA, 33 foram indicados por amigos, 91 procuraram o PA pela ansiedade, que a Apometria Quântica é a terapia com mais demanda e que 78% julgaram as TICs, como bom ou ótimo. Os dados dos PVs indicaram que 22 utilizam o PA-HU-UFSC há mais de 02 anos, tem escolaridade predominante de 3º grau, que a maioria aplica as terapias de Apometria e Reiki e relataram o PA, como: “*profundo*”, “*maravilhoso*”, “*um aprendizado*” e sua gestão em organizada e comprometida. Os resultados indicaram o desejo de ampliação do número de atendimentos, para melhor atender a sociedade que necessita das TICs, bem como a ampliar a interação com o HU e a UFSC. Sobre a gestão, percebeu-se uma simbiose entre os Modelos de gestão universitária na perspectiva da administração pública com a perspectiva da gestão social, porém pode-se constatar que grande parte dos respondentes aprovou a forma de gestão do PA, de 2014-2015. Concluiu-se que o PA-HU-UFSC é relevante à comunidade, haja vista que contribui significativamente com a redução da problemática da crise na saúde brasileira, com o acolhimento dos usuários e promoção de terapias não convencionais que unem as dimensões do corpo, da mente, das emoções e do espírito.

Palavras-chave: Projeto Amanhecer. HU-UFSC. Contribuições sociais. Práticas Integrativas e Complementares.

ABSTRACT

This study highlights and analyzes the perception of users and volunteers professional (PV) concerning to the social contributions of Integrative and Complementary Practices (ICPs) and also the management style of the PA-HU-UFSC in 2014 and 2015. The kind of research done was a case study of applied nature, using quantitative and qualitative approach. The collection of data was performed in two stages; the first with users and second with PVs, from August to November 2015. The sample consisted of 161 users and 30 PV PA-HU / UFSC. The instrument for data collection from users was a closed questionnaire Likert style, anchored on Google Docs, the invitation was sent by e-mail from PA database. As for the PVs data collection it was made in person at the project, the non structured interview script consisted of 13 questions. The users results showed that 139 are women, 111 of them are aged 18-28 or 28-38 years old, 47 are college students, 91 of them came to the PA only for the sake of getting treatment, 33 were referred by friends, 91 sought the PA due to anxiety. The study also showed that Quantum Apometry therapy gets most of the demand and 78% evaluated ICTs as good or excellent. Data from the PVs showed that 22 of them used the PA-HU-UFSC for over 02 years, most of them are graduated, and work with Quantum Apometry therapies and Reiki, and the PA was reported as "deep", "wonderful ", a "learning opportunity" and the management as organized and committed. The results indicated a desire to increase the number of sections available in order to better serve the people in need of ICPs, as well as to increase the interaction with the HU and UFSC. About the management, it is seen as a symbiosis between the university management models from the perspective of public administration and the prospect of social management. However it was found that most of the respondents approved the PA management style, 2014-2015. It was concluded that the PA-HU-UFSC is relevant to the community, given that it contributes significantly to the reduction of the crisis in the Brazilian health by receiving users and promoting non-conventional therapies that seek to unite the dimensions of body, mind, emotions and spirit.

Keywords: Projeto Amanhecer. HU-UFSC. Social contributions. Integrative and Complementary Practices.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modelo ecológico social para avaliação do Processo Terapêutico de Saúde-Doença.....	35
Quadro 2 - Modelos de Gestão Pública e Gestão Social.....	36
Quadro 3 - Atendimentos e profissionais voluntários do PA-HU-UFSC/2014.....	71
Quadro 4 - Modelos de Gestão Pública e Gestão Social.....	71
Quadro 5 - Profissionais voluntários PA – HU-UFSC 2014-2015.....	104
Quadro 6 - Modelos de gestão pública e gestão social.....	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Faixa etária e o gênero dos respondentes relacionados ao seu grau de escolaridade.....	80
Tabela 2 - Situação Profissional, tipo de recomendação e atendimento médico convencional.....	82
Tabela 3 - Motivos para procurar o Projeto Amanhecer.....	84
Tabela 4 - Terapias feitas pelos respondentes.....	85
Tabela 5 - Atividades realizadas em grupo no PA-HU-UFSC.....	86
Tabela 6 - Cursos feitos pelos usuários do PA-HU-UFSC.....	86
Tabela 7 - Satisfação dos usuários sobre os atendimentos nas PICs PA-HU-UFSC 2014-2015.....	87
Tabela 8 - Satisfação dos participantes sobre a gestão do PA-HU-UFSC2014-2015.....	88
Tabela 9 - Percepção do bem-estar x faixa etária dos participantes PA-HU-UFSC 2014-2015.....	90
Tabela 10 - Nível de confiança sobre o atendimento no PA-HU-UFSC (2014-2015).....	93
Tabela 11 - Percepção do bem-estar daqueles que procuraram atendimento médico.....	94
Tabela 12 - Nível de confiança no atendimento PA-HU-UFSC por tempo de tratamento.....	95
Tabela 13 - Contribuição para solução psicológica do participante PA-HU-UFSC por tempo de tratamento.....	94
Tabela 14 - Opinião de pessoas próximas dos usuários de atividades em grupo PA-HU-UFSC 2014-2015.....	94
Tabela 15 - Opinião de pessoas próximas dos participantes de cursos do PA-HU-UFSC 2014-2015.....	95
Tabela 16 - Solução pelas terapias dos participantes PA-HU-UFSC 2014-2015.....	95
Tabela 17 - Diferença na opinião de pessoas próximas com base no número de terapias.....	96
Tabela 18 - Nível de confiança por situação ocupacional dos participantes PA-HU-UFSC 2014-2015.....	96
Tabela 19 - Satisfação sobre o agendamento PA-HU-UFSC 2014-2015 versus faixa etária.....	97
Tabela 20 - Satisfação sobre as informações adquiridas por gênero PA-HU-UFSC 2014-2015.....	98
Tabela 21 - Satisfação por grau de escolaridade sobre o agendamento do PA-HU-UFSC.....	98

Tabela 22 - Acolhimento em relação na forma como conheceu o PA-HU-UFSC	99
Tabela 23 - Relação com os PVs com a forma que conheceu o PA-HU-UFSC	99
Tabela 24 - Diferença com relação à Localização com Base no Tempo em que está no PA	99
Tabela 25 - Acolhimento na ótica de quem faz atividades em grupo PA-HU-UFSC	100
Tabela 26 - Diferença com relação aos Esclarecimentos Recebidos com Base no Tratamento que faz	100
Tabela 27 - Satisfação sobre o agendamento de quem faz atividades em grupo PA-HU-UFSC	101
Tabela 28 - Diferença com relação aos Esclarecimentos Recebidos com Base na Situação Ocupacional	101

LISTA DE SIGLAS

AAHU	Associação Amigos do Hospital Universitário
CAGP	Coordenadoria Auxiliar de Gestão de Pessoas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HU-UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organização Não Governamental
PA	Projeto Amanhecer
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PPGAU	Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária
PV	Profissional voluntário
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 OBJETIVOS	25
1.1.1 Objetivo geral	26
1.1.2 Objetivos específicos	26
1.2 Justificativas	26
1.3 Estruturação do trabalho	27
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA	29
2.1 A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	29
2.2 GESTÃO SOCIAL	32
2.3 A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA	37
2.4 OS HOSPITAIS	40
2.5 A MEDICINA E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES	44
2.5.1 A saúde pública no Brasil	49
2.5.2 A concepção de saúde e de doença	55
2.5.3 Concepção do usuário das terapias	60
2.6 O PA–HU-UFSC	65
2.6.1 Caracterização e objetivos do Projeto Amanhecer (PA)	65
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	67
3.1 Tipo de Estudo	67
3.2 Delimitação da Pesquisa	68
3.3 Especificação do problema	68
3.3.1 Perguntas de pesquisa	68
3.3.2 Relação das variáveis	69
3.3.3 Definição constitutiva das variáveis	69
3.3.4 Definição operacional das variáveis	70
3.4 População, amostra, nível e unidade de análise	71
3.5 Tipos, técnicas de coleta e tratamento dos dados	72
3.5.1 Tipos de dados	72
3.5.2 Técnica de coleta de dados	73
3.5.3 Tratamento dos dados	74
3.6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA	74
4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DO PA-HU-UFSC 2014-2015	75
4.1 O PROJETO AMANHECER – PA-HU-UFSC	75
4.1.1 As terapias oferecidas pelo Projeto Amanhecer	76
4.1.2 O público alvo	78
4.1.3 Voluntariado	79

4.1.3.1 O voluntário no PA-HU-UFSC	78
4.2 ANÁLISE DOS PARTICIPANTES DAS PIC's do PA-HU-UFSC 2014-2015	79
4.2.1 Análise das PICs recebidas no PA-HU-UFSC	86
4.2.2 Análise da Gestão do PA-HU-UFSC	88
4.2.3 Testes de diferença	89
4.2.3.1 Hiatos no Atendimento com PICs	90
4.2.3.2 Testes de diferença das médias do modo de gestão do PA-HU-UFSC	96
4.3 ANÁLISE DOS PROFISSIONAIS VOLUNTÁRIOS DO PA-HU-UFSC	102
4.4 INTERRELAÇÃO DAS PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS E DOS PVs/PA-HU-UFSC	116
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES COMPLEMENTARES	119
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICE A – Questionário para os usuários do PA	145
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevistas com os Terapeutas (voluntários)	147
APÊNDICE C – TICs oferecidas pelo PA-HU-UFSC	146

1 INTRODUÇÃO

O *homo sapiens* é um ser social por natureza e uma das práticas mais antigas da humanidade, independentemente das filosofias religiosas imperantes, tem sido o ato de se relacionar de forma afetiva e de cuidar de seus semelhantes. Por séculos, esta postura humanitária não se vinculava a nenhum sistema de saúde, tampouco tratada como profissão, porém com as mudanças tecnológicas, socioeconômicas e culturais da atual sociedade, a propensão ao cuidar apontou inúmeras tarefas e atividades realizadas por profissionais de várias áreas do conhecimento. Dessas mudanças, surgiu a necessidade de perceber o homem como um ser integral, como já afirmava o médico-filósofo Grego Hipócrates, enquanto cuidava de seus pacientes, “o homem é uma parte integral do cosmo e só a natureza pode tratar seus males”, buscando mostrar que as pessoas adoeciam por causas naturais e não pelas punições divinas como se acreditava até então. (SOALHEIRO; NUNES, 2004).

O homem é um ser multidimensional, em que o corpo físico é um dos componentes de um sistema dinâmico maior, composto de mente, de corpo e de espírito, agindo de forma equilibrada, dinâmica e contínua às esferas energéticas superiores (TROVO; SILVA, 2002), em que “a ciência mais que provou a intrínseca relação entre mente e corpo e suas consequências para a saúde humana. [...] está claro que isolar uma parte do corpo e desconsiderar o resto é receita segura para efeitos colaterais inesperados” (SOALHEIRO; NUNES, 2004). E os registros da evolução da medicina tradicional destacam que o cuidado em saúde tem vários modelos, organizados de acordo com o contexto e bases culturais e materiais de cada época, sendo o biomédico o modelo ocidental atual (OTANI; BARROS, 2011).

Por sua vez, as crises institucionais, na maioria dos países, têm se caracterizado em formas alternativas para as ações da sociedade organizada ou organizações sociais. Elas estão situadas fora do domínio do Estado e não tem vínculo com sindicatos ou partidos políticos, dedicando-se às causas e problemas sociais sem o objetivo do lucro, mas privilegiando o bem-estar social (MALLMANN *et al.*, 2012), em que um dos espaços destas organizações são os hospitais, principalmente os de caráter público universitário.

Por milênios, a gestão social foi confundida como postura administrativa filantrópica, associada a doações ou caridade religiosa à saúde do ser humano, em especial pela origem na interpretação mística

de que a doença é a manifestação dos deuses, sendo o ser humano um agente da vingança, como diziam “Heródoto (484-424 anos a.C.) e Tucídides (460-400 anos a.C.)”, a “influenza”, o ato de desagrado sobrenatural causador dos males dos humanos (GAARDER, 1995, p. 68) e, a saúde um “[...] fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes” (CAPRA, 1982, p.315).

Na atualidade, várias pesquisas sobre gestão social têm contribuído à compreensão da sociedade civil organizada que, por meio de iniciativas espontâneas, oferecem alternativas crescentes à demanda da população como na área de saúde, que, na ótica de Castellà e Parés (2012, p. 235-236), sugerem que processos gerenciais usados por estas associações se ajustam, “sob a forma de gestão social, na qual as decisões são compartilhadas entre sujeitos, num espaço em que todos têm direito à voz, sem coerção; há um amplo envolvimento e diversidade dos participantes e representações de atores”. Dentro desta lógica, a Gestão Social é configurada como aquela das “demandas e necessidades do social”, ganha força à medida que a sociedade se articula em torno de questões que afetam sua qualidade de vida, tornando fundamental o papel desempenhado pelas organizações sociais na vida das pessoas e para o desenvolvimento da sociedade (SCHOMMER; FRANÇA FILHO, 2008, p. 66), com o cerne na participação voluntária, com aumento da solidariedade e transformação da realidade social.

Há de se tratar as características da gestão social, pois Godim, Fischer e Melo (2006) diferem as organizações tradicionais públicas ou privadas, com destaque ao objetivo, ao valor, à racionalidade, às protagonistas, à comunicação ao processo decisório, à operacionalização, à esfera e autonomia; e, o poder (PIMENTEL; PIMENTEL, 2010, p. 8). A literatura destaca que até 1960 os países industrializados ocidentais consideravam a medicina complementar, uma prática terapêutica restrita a alguns grupos sociais, mas na década de 1980 houve acréscimo destas terapias e os pesquisadores começaram a perceber mudanças que culminaram, no Brasil, em 2006, no Conselho Nacional de Saúde (CNS) efetiva a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), sancionada pela Portaria nº 971 (MS, 2006). Essa legislação incentiva o uso de recursos terapêuticos que abordem mecanismos naturais de prevenção e recuperação à saúde, com a integração do ser humano ao meio-ambiente e à sociedade (BRASIL, 2006; TEIXEIRA; BELO; MUSSO, 2011) que acarretou o aumento da demanda pelas PICs no SUS (BRASIL, 2006).

Por sua vez, no âmbito das organizações prestadoras de serviços de saúde ou hospitais, a dicotomia do conhecimento científico, ao conhecimento tácito ou terapias complementares à saúde tem explicações desencontradas. De um lado, estão aqueles que defendem a supremacia do diagnóstico científico e tecnológico para elucidar as enfermidades do ser humano, e, no outro extremo, os que entendem que ações paralelas a este aprendizado têm espaço na cura de doenças psíquicas e na melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Dessa complexidade para a implantação de Práticas Integrativas e Complementares, a sociedade vem se mobilizando e tentando suprir as necessidades que as políticas públicas têm dificuldades de atender, dando espaço para que as organizações sociais se fixem para promover o bem-social, por meio da dedicação às causas e problemas coletivos. Nesse cenário emergiu o Projeto Amanhecer (PA) na forma de extensão em 1996, vinculado ao Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), com o objetivo de ofertar às comunidades universitária e geral PICs, por meio de profissionais voluntários.

No seio das universidades, a gestão social, quer como concepção científica, quer como práticas de administração, tem merecido atenção. As possibilidades são diversas, porém muitas delas estão focadas nos hospitais universitários, cuja política operacional tem sido realizada por meio de projetos de extensão, como é o PA. Este projeto estabelece preceitos de Práticas Integrativas e Complementares muito usadas em diversos países, destacando a relevância para o compromisso que existe entre os profissionais voluntários e a sociedade, com aproximação ética que contribua à igualdade social, em um espírito voluntário (PROEX, 2014). Assim, a pesquisa foi realizada no PA, do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (PA-HU-UFSC) e, tem como questão norteadora:

Qual é a percepção dos usuários e dos profissionais voluntários (PV), em relação às contribuições sociais das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e da forma de Gestão do PA-HU-UFSC, considerando-se o período 2014¹ - 2015?

1.1 OBJETIVOS

Da pergunta de pesquisa supramencionada, estabeleceu-se como

¹ Em 2014, foi o ano do último relatório de atividades e pesquisa do Projeto Amanhecer (HU-UFSC).

objetivo geral:

1.1.1 Objetivo geral

Compreender a percepção dos usuários e dos PVs, sobre as contribuições sociais das PICs e da forma de gestão do PA-HU-UFSC, em 2014 e 2015.

1.1.2 Objetivos específicos

Para o alcance do objetivo geral, definiram-se quatro objetivos específicos:

- a) Relatar as PICs e os preceitos sociais do PA-HU-UFSC;
- b) Interpretar a percepção dos usuários do PA, sobre as PICs nos anos de 2014 e 2015;
- c) Avaliar a percepção dos PVs sobre as contribuições sociais das PICs e a gestão do PA-HU-UFSC, em 2014 e 2015;
- d) Inter-relacionar essas percepções e propor melhorias à gestão do PA-HU-UFSC.

1.2 JUSTIFICATIVAS

A Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, que regulamenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), evidencia o interesse e o reconhecimento do Ministério da Saúde em promover a inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), o que vem ocorrendo ainda muito lentamente. Assim, esta pesquisa justifica-se pelo aumento na demanda das PICs e de profissionais voluntários que desejam atuar no PA, somada ao desejo de legitimar as PICs, no HU/UFSC, sendo que, a realização da pesquisa vai ao encontro do objetivo do PA, que deseja institucionalizar, revitalizar e promover a cidadania no HU-UFSC, em que o HU tem, “a missão cidadã da universidade” (UFSC, 2014).

A razão de ordem técnica está na necessidade de se conhecer a percepção dos profissionais voluntários e dos usuários sobre os benefícios das PICs e como está a gestão do PA que ofereceram subsídios ao desenvolvimento de estratégias, a partir de preceitos teóricos e práticos da gestão social. Com relação às questões éticas e legais, o estudo justifica-se pela contribuição na garantia a integralidade na atenção à saúde, “nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de

atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo” (BRASIL, 2006, p. 4), principalmente porque a coordenadora do PA-HU-UFSC é a autora da pesquisa, por isso tem o interesse em usar as descobertas científicas desta dissertação.

Finalmente, o estudo tem contribuições para a ciência, pois o HU é uma das unidades com funções múltiplas e pluralidades de aprendizagem, com a formação alunos da saúde, Serviços Social, Ciência Tecnológica e Ciências Sociais Aplicadas, como Administração. No caso do PA, o eixo médico ganha um desafio extra, pois não trata de terapias convencionais, mas complementares e contributivas à saúde e bem-estar dos usuários. Portanto, a justificativa para esse pilar é, antes de tudo, o retorno à origem dos conhecimentos da Ciência Médica, permitindo imersão em técnicas complementares de saúde orientais, ocidentais, psicológicas.

1.3 ESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO

A dissertação está dividida em cinco capítulos. O primeiro capítulo foi reservado à introdução, na qual é contextualizada a problematização da pesquisa, questão de pesquisa, objetivo geral e objetivos específicos, justificativas teórico-práticas, bem como a estruturação desta dissertação. O capítulo dois traz a revisão de literatura, destacando-se os conhecimentos que envolvem a administração pública, a universidade, o hospital universitário, a extensão universitária, as práticas integrativas e complementares e, ainda gestão social. O capítulo três destaca os procedimentos metodológicos que alicerçaram o estudo. A apresentação e a análise dos resultados estão no quarto capítulo, e, o capítulo cinco destaca considerações finais e recomendações a futuros trabalhos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

Este capítulo foi reservado para a fundamentação teórico-empírica com temáticas que serviram de base ao desenvolvimento do estudo, como: a administração pública, a gestão social, a extensão universitária, hospitais, a medicina e práticas integrativas complementares.

2.1 A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A administração pública é um conjunto de conhecimentos e estratégias em ação para prover os serviços públicos, voltados ao ser humano em suas dimensões numa sociedade articulada politicamente, podendo ter três modelos: a velha administração pública; a nova administração pública; e, o novo serviço público (SALM; MENEGASSO, 2006). No modelo da velha administração pública, a gestão é considerada ineficiente e lenta ao atender as necessidades dos cidadãos e as mudanças do meio. Quase sempre é responsável por prejudicar o desenvolvimento e o crescimento econômico, centrando-se nos processos burocráticos “não havendo incentivos à participação cidadã e conseqüentemente a coprodução dos serviços públicos” (MAGALHÃES; SOUZA, 2015, p. 153).

A nova gestão pública surgiu do esgotamento das soluções apresentadas pelo modelo anterior, bem como por pressões de várias áreas como: econômica, política, social, financeira, sendo que este modelo foi introduzindo ferramentas de gestão da iniciativa privada, visando à eficiência para a melhoria do serviço para o cidadão “[...] com interesse de diminuir os custos e enxugar a máquina pública do Estado” (MAGALHÃES; SOUZA, 2015 p. 153).

Por outro lado, na década de 80, emergiu no Brasil o novo serviço público que trouxe reformulações no modelo de administração pública, levando em consideração o bem-estar da coletividade, por meio da participação e compartilhamento de responsabilidades na promoção de serviços públicos, no qual a “noção do Novo Serviço Público contribui na remodelação do Estado, para uma mudança de mentalidade na busca de uma gestão mais participativa”, a luz de uma teoria democrática que articula envolvimento entre os cidadãos e os seus governos (DENHARDT, 2004, p. 175).

Posteriormente, em meados da década de 1990, nasce a corrente da Gestão Social como um novo paradigma para a Administração

Pública, na qual a sociedade organizada passa a ser coprodutora do serviço público, sendo que “As exigências são de que a sociedade, por meio de seus diferentes atores, dialogue e delibere no atendimento de suas carências, deixando de ser objeto e/ou recursos para ser sujeito do processo” (TENÓRIO, 2012, p. 2). As reformas administrativas no setor público ainda enfrentam a ineficiência para atender aos anseios crescentes por maior qualidade dos serviços, avançando do modelo organizacional burocrático Weberiano, quanto às disfunções, para ir em direção de avanços democráticos e se distancie para sempre do modelo tradicional burocrático.

No entanto, os impulsionadores do movimento das reformas na Administração Pública brasileira são múltiplos, dentre eles: a crescente complexidade, a dinâmica e diversidade das sociedades, os quais colocam os sistemas de governo diante de novos desafios; a ascensão de valores neoliberais e o chamado esvaziamento do Estado, em que a incapacidade do Estado em lidar com problemas coletivos são fragilizados e criticados, exigindo mudanças nas estratégias e práticas gerenciais (SECCHI, 2009), sendo as reformas da Administração Pública “alvos das mais áspers críticas” (SECCHI, 2009, p. 349), em função de não acompanhar a evolução da sociedade, de suas estruturas sociais, econômicas, tecnológicas, inovações, bem como devido a esta carência. Até agora, os modelos mostram-se obsoletos em razão de sua ineficiência por não atender as necessidades demandadas pelos cidadãos.

Em estudos sobre a história da Administração Pública brasileira, Paula (2005) destaca dois modelos de gestão: a Administração Pública gerencial, implantada a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso, em meados dos anos 1990, e, a Administração Pública Societal em pleno desenvolvimento, caracterizada por enfatizar “a eficiência administrativa e se baseia no ajuste estrutural, nas recomendações dos organismos multilaterais internacionais e no movimento gerencialista”, que privilegia as “dimensões econômico-financeira e institucional-administrativa”, sendo “participativo no nível do discurso, mas centralizador no que se refere ao processo decisório” (PAULA, 2005, p. 35). O segundo modelo surgiu dos movimentos sociais da redemocratização do país e, “manifesta-se nas experiências alternativas de gestão pública, como os Conselhos Gestores e o Orçamento Participativo”, ressaltando a “dimensão sociopolítica”, a “participação social”, viabilizando a participação popular, através da ótica da “gestão social [...] focalizadas nas demandas do público alvo” (PAULA, 2005, p. 35-41).

Em concordância desse raciocínio, Denhardt (2011) alerta que é necessário melhorar o desempenho do Estado na prestação de serviço público, bem como criar novos padrões de relação entre Estado e sociedade, corroborando a relevância das dimensões política e institucional das reformas. Nesse movimento, Denhardt (2012) diz que o cidadão é visto como aquele que assume um papel positivo em prol da sociedade e, não sendo apenas cidadão, mas trabalhando para a cidadania. Assim, para facilitar o alcance de objetivos públicos, a opção pela governança pública disponibiliza plataformas organizacionais, “tais como o envolvimento de cidadãos na construção de políticas, fazendo uso de mecanismos de democracia deliberativa e redes de políticas públicas” (SECCHI, 2009, p. 360).

No prisma de Salm e Menegasso (2010, p. 03), a coprodução “é uma estratégia para a produção dos serviços públicos por meio do compartilhamento de responsabilidades e poder entre agentes públicos, agentes privados e cidadãos”, ou então, como apregoa Dowbor (2013, s.p), na construção,

Dessas parcerias envolvem o setor estatal, organizações não governamentais e setores abertos do empresariado. Surgem com força conceitos como responsabilidade social e ambiental do setor privado. O chamado *terceiro-setor* aparece como uma alternativa de organização que pode, ao se articular com o Estado e assegurar a participação cidadã, trazer respostas inovadoras. As empresas privadas ultrapassam a visão do assistencialismo, para assumir a responsabilidade que lhe confere o poder político efetivo que têm [...] dessa forma o interesse direto do cidadão pode ser capitalizado para se desenhar uma forma desburocratizada e flexível de gestão social, apontando para novos paradigmas que ultrapassam tanto a pirâmide estatal como o vale-tudo do mercado.

Por sua vez, Salm e Menegasso (2006) alertam que a estrutura do chamado Novo Serviço Público surge como complemento dos demais modelos de Administração Pública, em que os objetivos como justiça,

equidade, responsabilidade, respeito, *empowerment*² e compromisso são importantes para que os órgãos públicos atendam ao interesse da coletividade, cujos enfoques reforçam as lógicas interpretativas da gestão social, como exposto na sequência.

2.2 GESTÃO SOCIAL

Neste início de Século XXI, a Gestão Social no Brasil pode ser evidenciada nas experiências alternativas de Gestão Pública. Sua principal referência é a vertente social, uma vez que tem origem nas mobilizações contra a ditadura e a favor da redemocratização do país, entre as quais se destacam os movimentos sociais, os partidos políticos de esquerda e centro-esquerda. Sabe-se que, desde a década de 1980, começaram a se constituir os primeiros centros populares, que passaram a serem chamadas de Organizações Não-Governamentais - ONGs (PAULA, 2005), as quais, pela independência e especificidades nas defesas de causas distintas, multiplicaram-se pelo planeta, quer pela defesa do ecossistema quer pelo enfoque humanitário.

A gestão social, configurada como o gerenciamento de demandas e necessidades do social, ganha espaço à medida que a sociedade se articula em torno de questões que afetam sua qualidade de vida, destacando-se os bens de uso coletivo, como o transporte, a habitação, o abastecimento de água, o saneamento básico, a saúde e educação (SCHOMMER; FRANÇA FILHO, 2008). Esse cenário amplia a concepção da importância de se implantar projetos com a participação de atores sociais nas decisões políticas e da utilização de instrumentos que ampliem o controle social, portanto, “deve ser determinada pela solidariedade, guiada pela concordância, na qual o outro deve ser incluído” (PIMENTEL; PIMENTEL, 2010, p. 5).

Há uma linha de argumentos utilizados contra a participação cidadã nos processos de políticas públicas do Governo, como o fato de a população, na maioria das vezes, não querer participar e que, quando participa, o faz de forma inconstante, e, ainda, que as pessoas dispostas a participar são sempre as mesmas, muitas vezes só representam a si próprios e aos seus próprios interesses (TENÓRIO, 2012), haja vista que a lógica que norteia a gestão social é da equidade ou horizontalidade dos interesses público e privado, reduzindo o fortalecimento da pressão de

²*Empowerment* ou empoderamento “é o processo pelo qual os indivíduos, comunidades e organizações ganham controle sobre as suas próprias vidas” (MINKLER, 1992 apud MACHADO, 2008, p.53).

grupos organizados com interesses distintos ao social, também conhecido de coalizão dominante. Por isso, “a gestão social está buscando novos espaços em termos políticos, econômicos e administrativos. Não é mais apenas um setor, mas sim, é uma dimensão humana do próprio desenvolvimento” (DOWBOR, 2013, s.p.).

Uma das principais características do modelo de gestão social das organizações é a racionalidade comunicativa, em que seus sujeitos devem trabalhar as propostas de modo que todos os atores possam expressar suas posições e seus argumentos sem que haja imposição de ideias sobre esta questão, sobre a qual, Tenório (2002) enfatiza que esse tipo de gestão se contrapõe à Gestão Estratégica, à medida que tenta substituir a gestão tecno-burocrática e monológica, por um gerenciamento mais participativo e dialógico, no qual o processo decisório é exercido por meio de diferentes sujeito social.

Acrescenta Tenório (2006) que o adjetivo *social* deve ser entendido como um espaço privilegiado de relações sociais, no qual todos têm o direito à fala, sem nenhum tipo de coerção. Nesse contexto, a participação da sociedade e a eficiência seriam concebidas como conceitos cada vez mais complementares, em vez de contraditórios. Além disso, admite ser social a relação entre pessoas em vez de ação para pessoas; a relação de cooperação, solidária ou negociada entre os envolvidos na ação; a relação sujeito/sujeito e não sujeito/objeto e, tampouco, objeto/objeto, que não apresenta como principal objetivo o retorno econômico, e sim, o atendimento às demandas da sociedade civil (TENÓRIO et. al., 2010).

No entender de Dowbor (2013, s.p.), “a dimensão social do desenvolvimento deixa de ser um complemento, uma dimensão humanitária de certa forma externa aos processos econômicos centrais, para se tornar um componente essencial do conjunto da reprodução social” afirmando ainda que “a atividade econômica é um meio, o bem-estar social é o *fim*”.

Quando se enfoca a gestão social, há um forte elo com a expressão cidadania, na qual o conceito de cidadania está vinculado à participação social nas políticas públicas ou, como diz Demo (1993), a cidadania pressupõe o estado de Direito, que parte, na teoria, da igualdade de todos perante a lei e do reconhecimento de que toda a pessoa humana e a sociedade são detentores de direitos e deveres, sendo a cidadania a qualidade social de uma sociedade organizada, sob a forma de direitos e deveres majoritariamente reconhecidos.

Na ótica de Tenório (2004, p. 41), a “Cidadania Deliberativa” significa, em linhas gerais, a legitimidade das decisões políticas com

origens em processos de discussões, orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem comum, em que ele realça ser,

O significado de cidadania deliberativa procura superar a concepção liberal assim como a republicana por meio da soberania popular. No primeiro caso os indivíduos cedem ao poder público, parte de seus direitos, e esse tem a função de arbitrar os conflitos entre os interesses privados e os sociais. No segundo, o poder político é o administrador e fiador da soberania do povo e instrumento de construção da sociedade (TENÓRIO, 1999, p. 158).

A Cidadania Deliberativa é compreendida como uma ação política deliberativa, na qual o indivíduo deve participar de um procedimento democrático, decidindo na diferente instância de uma sociedade e em diferentes papéis, o seu destino social, como pessoa humana, quer como eleitor, trabalhador ou consumidor (TENÓRIO, 1999). No outro extremo, tem-se que no modelo ou processo gerencial deliberativo, os atores participam da construção de soluções, atendendo às demandas que se apresentam relevantes para esses sujeitos.

Já, a cidadania deliberativa, de acordo com Tenório (2012), pressupõe a inexistência de privilégios nos processos decisórios originados do poder público e dos agentes econômicos. A prática deliberativa contribui, portanto, para evitar a manutenção da divisão da sociedade entre superiores e subordinados, políticos e eleitores, produtores e consumidores, entre outros. Nesse sentido, não é possível trabalhar cidadania deliberativa em uma realidade em que prevaleçam os interesses pessoais, em que se enxergam somente seus direitos e não suas responsabilidades, o que se torna um grande desafio.

Para Font e Blanco (2003 *apud* TENÓRIO, 2012, p. 210), “é preciso contar com os cidadãos na hora de tomar decisões coletivas, e, por isso, é necessário habilitar espaços de participação cidadã para a tomada de decisões públicas”, isto é, a participação cidadã como “qualquer atividade dirigida a influir direta ou indiretamente nas políticas públicas” (TENÓRIO, 2012, p. 210).

Já, Gutmann e Thompson (2004 *apud* TENÓRIO, 2012) destacam cinco características que devem estar presentes em toda experiência deliberativa: a) as decisões para se justificarem, devem ser debatidas; b) o intercâmbio deve ser compreensível e acessível para os

cidadãos que estão convidados a participar da experiência; c) as decisões originárias de um processo deliberativo devem ser vinculantes; d) o processo deve ser sempre dinâmico; e, e) deve ser regido pelo princípio da economia moral da discordância, no qual fortalece o respeito mútuo e minimizam-se as diferenças existentes. Nessa linha, conclui-se que a cidadania deliberativa permite e articula interesses dos cidadãos além de ampliar e qualificar suas condições no processo de tomada de decisão (TENÓRIO, 2012).

Alguns modelos tratam em avaliar a gestão e processos terapêuticos direcionados para o desafio contemporâneo da melhoria da qualidade de vida da população, por meio de organizações públicas e da participação da sociedade, por isso, optou-se por salientar o Modelo Ecológico Social e o Modelo de Gestão Pública e Gestão Social, por atender aos objetivos desta dissertação.

a) Modelo Ecológico Social

O Modelo Ecológico Social tem o cerne interpretativo na identificação das barreiras estruturais que podem interferir de forma significativa no bem-estar de usuários em relação ao tratamento recebido (Quadro 1).

Quadro 1 - Modelo ecológico social para avaliação do Processo Terapêutico de Saúde-Doença

Categoria	Subcategoria
Dimensão intrapessoal	Trata do conhecimento, atitude, crenças e traços de personalidade do usuário;
Dimensão interpessoal	São os processos interpessoais com os grupos primários (família, colegas, redes sociais, associações) que fornecem identidade social e definição do papel do indivíduo;
Dimensão organizacional ou institucional	São as regras, regulamentos, políticas e estruturas informais (como os locais de trabalho, escolas, grupos religiosos);
Dimensão comunitária	Referem-se aos fatores relacionados com as redes sociais, as normas ou padrões da comunidade que restringem ou promovem os comportamentos;
Dimensão político-estrutural	São os fatores relacionados com o sistema, com as políticas e leis que regulam ou apoiam o comportamento desejado.

Fonte: MaCleroy, et al (1988).

Há cinco dimensões inter-relacionadas que percorrem dos aspectos intrínsecos do ser humano, social-organizacional até a sua participação político e estrutural, sendo que todas possuem relevância ao processo terapêutico da preservação da saúde ou prevenção à doença.

b) Modelo de Gestão Pública e de Gestão Social

Pimentel e Pimentel (2010, p. 8) defendem a adaptação de categorias em dois estágios como Modelo de Gestão Pública e Gestão Social, como se visualiza no Quadro 2.

Quadro 2 - Modelos de Gestão Pública e Gestão Social

Categories de Análise de Conteúdo da Extensão	Gestão Universitária na perspectiva da Administração Pública que incorpora princípios e práticas da Gestão Estratégica	Gestão Universitária na perspectiva da Gestão Social
Objetivo	Interesse Público.	Interesse Coletivo de Caráter Público.
Valor	Normativo.	Cooperação Intra e interorganizacional.
Racionalidade	Instrumental; Burocrática.	Substantiva/comunicativa.
Protagonistas	Estado; Universidade.	Sociedade Civil Organizada.
Comunicação	Monológica/Dialógica, vertical com algumas horizontalidades; em tese sem restrição à fala.	Dialógica, com pouca ou nenhuma restrição ao direito de fala.
Processo Decisório	Centralizado/ <i>top down</i> com possibilidade de participação (<i>bottomup</i>).	Descentralizado, emergente e participativo/surge como construção coletiva.
Operacionalização	Estratégica, com foco em indicadores acadêmicos e sociais.	Social, com foco em indicadores qualitativos e quantitativos.
Esfera	Pública, Estatal.	Pública, Privada, Social e demais esferas.
Autonomia e Poder	Há coerção normativa entre os atores envolvidos.	Não há coerção, todos têm iguais condições de participação.

Fonte: Adaptado de Pimentel e Pimentel (2010, p. 08).

Neste sentido, busca-se compreender aspectos da gestão estratégica e da gestão social, como alternativas para a administração pública e para a gestão universitária, enfatizando a participação da

sociedade civil, por meio de atividades de extensão, no âmbito das universidades públicas.

2.3 A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

O papel da universidade pública frente às questões sociais e à participação da sociedade são fundamentais, haja vista que, “a universidade pública sempre foi uma instituição social, isto é, uma ação social, uma prática social fundada no reconhecimento público de sua legitimidade”, essencialmente, depois da Revolução Francesa, “a universidade concebe-se a si mesma como uma instituição republicana e, portanto, pública e laica”, assumindo, a partir do século XX, a missão de “constitutiva da cidadania e, portanto, como direitos dos cidadãos” e como uma “instituição social inseparável da ideia de democracia e de democratização do saber” (CHAUÍ, 2003, p.5-6).

Assevera ainda a supra citada autora que acompanhando as transformações sociais, “a universidade como instituição social diferenciada e autônoma só é possível em um Estado republicano e democrático” (CHAUÍ, 2003, p. 6). Entretanto, com a reforma do Estado, a natureza da universidade foi alterada, pois “a educação, a saúde e a cultura” foram consideradas “no setor de serviços não exclusivos do Estado”, significando que “a educação deixou de ser considerado um serviço público, e passou a ser considerado um serviço que pode ser privado ou privatizado”. Assim, “a reforma do Estado definiu a universidade como uma organização social e não como uma instituição social”; enquanto “a instituição social aspira à universalidade”, e “tem a sociedade como seu princípio e sua referência normativa e valorativa”, a “organização tem apenas a si mesma como referência, num processo de competição com outras que fixaram os mesmos objetivos particulares” (CHAUÍ, 2003, p.6).

Na visão de Santos (1997, p.187), a universidade encontra-se “duplamente desafiada, pela sociedade e pelo Estado [...] não parece preparada para defrontar os desafios, tanto mais que estes apontam para transformações profundas e não para simples reformas parcelares”. No entender de Santos (2004) “A Universidade do século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade”, na qual ocorre uma crise tríplice da universidade frente às transformações ocorridas nos últimos anos. Para Santos e Almeida Filho (2008, p.5), a crise tríplice é formatada em três elementos interligados: crise de hegemonia, crise de legitimidade e crise institucional.

Crise de Hegemonia: “resultante das contradições entre as funções tradicionais da universidade e as que, ao longo do século XX lhe tinham sido atribuídas. [...]. De um lado, a produção de alta cultura, pensamento crítico e conhecimentos exemplares, científicos e humanísticos; [...]. De outro, a produção de padrões culturais médios e de conhecimentos instrumentais [...] exigida pelo desenvolvimento capitalista”;

Crise de Legitimidade: “provocada pelo fato de a universidade ter deixado de ser uma instituição consensual em face da contradição entre a hierarquização de saberes especializados, através das restrições do acesso e da credenciação das competências, por um lado, e as exigências sociais e políticas da democratização da universidade e da reivindicação da igualdade de oportunidades para os filhos das classes populares, por outro”;

Crise Institucional: “contradição entre a reivindicação da autonomia na definição dos valores e objetivos da universidade e a pressão crescente para submeter esta última a critérios de eficácia e de produtividade de natureza empresarial ou de responsabilidade social” (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008, p.13-14).

Por sua vez, Pires (2004, p. 1071-1072) explica que a crise tríplice da universidade pública foi agravada nas últimas décadas:

- i) pela sua deliberada descapitalização (na esteira do recuo do Estado do Bem-Estar Social);
- ii) pela conversão das novas tecnologias da informação e da comunicação em instrumentos pedagógicos que prescindem da copresença e questionam de um modo ainda não compreendido a relação tradicional entre professor-aluno;
- iii) pela tendência de transnacionalização do ensino superior (tomado como mercadoria como qualquer outra); e,
- iv) pelo fato de os caminhos escolhidos para enfrentar a crise estarem passando predominantemente, senão quase que exclusivamente, pelo enfrentamento do seu

aspecto institucional, que é o mais visível, porém o menos promissor para oferecer respostas às inúmeras e complexas questões que a crise envolve.

Pires (2004, p. 1073) sublinha ainda que a recuperação da crise da universidade, entre outras medidas, passa pela necessidade de seguir procedimentos participativos de avaliação e rever os mecanismos internos e externos de democratização. Já, quanto à Extensão Universitária, Santos e Almeida Filho (2008, p.66) indicam que no esforço de reconquistar a legitimidade, “a área de extensão vai ter no futuro próximo um significado muito especial”, para possibilitar às universidades uma participação mais ativa na construção da coesão social, no aprofundamento da democracia, na luta contra a exclusão social e a degradação ambiental e na defesa da diversidade cultural.

No entanto, a Extensão Universitária, como “processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universidade e Sociedade”, precisa encontrar uma “nova concepção”, diante do assistencialismo, “que vai além de sua compreensão tradicional de disseminação de conhecimentos [...], prestação de serviços [...] e difusão cultural” (FORPROEX; SESU/MEC, 2000/2001, p. 3-5). Neste sentido, a:

Extensão deve ser entendida, precisamente, como *extensão de pesquisa e ensino*. Não o contrário: devemos vigiar para que a pesquisa e o ensino não se transformem em uma *extensão de serviços e convênios*, sendo por eles determinados, no conteúdo, na forma e [...] nos recursos e manutenção. (MORAES, 2001, p.70, **grifo nosso**).

Cabe o alerta de Freire (2006, p. 25), ao denunciar o processo de “invasão cultural” da “extensão educativa como prática de domesticação” em que há a superioridade da universidade e o educador como sujeito ativo, em um processo verticalizado de transmissão, enquanto o cidadão é passivo, em uma relação que coisifica o homem.

Educar e educar-se, na prática da liberdade, não é estender algo desde a “sede do saber”, até a “sede da ignorância” para “salvar”, com este saber, os

que habitam nesta. Ao contrário, educar e educar-se, na prática da liberdade é tarefa daqueles que sabem que pouco sabem - por isto sabem que sabem algo e podem assim chegar a saberem mais – em diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem, para que estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabem, possam igualmente saber mais (FREIRE, 2006, p. 25).

Portanto, a universidade deve assumir seu papel social frente às demandas da sociedade concebendo um vínculo “de interação e não de transferência de tecnologias, destoadas das realidades vividas, sendo necessário criar, permanentemente, um ambiente institucional que reforce o caráter indissociável da Extensão, do Ensino e da Pesquisa” (RTS, 2010, p.12-13). Os Hospitais Universitários desempenham papéis relevantes para a sociedade na área da saúde, pois atuam de forma dinâmica na assistência, ensino e pesquisa, nos quais os projetos de extensão reforçam a função social da universidade.

2.4 OS HOSPITAIS

O termo hospital originou-se do latim *hospitium*, isto é, local reservado à hospedagem de doentes, peregrinos e viajantes, com relatos da existência dos hospitais, das hospedarias e dos hospícios bem antes de Cristo, cuja atividade era exercida em templos que serviam para receber os necessitados da época (RIBEIRO, 1993). Para Antunes (1991), os hospitais permaneceram, durante a Idade Média, com suas características de estabelecimentos de assistência social, voltados “a outras obrigações tidas como de interesse coletivo: albergue dos pobres e doentes desprovidos e contenção de grupos populacionais considerados perigosos à vida das cidades, mendigos, imigrantes, portadores de moléstias repulsivas ou contagiosas” (ANTUNES, 1991, p.75-76).

O hospital era simplesmente uma instituição de assistência ao pobre doente, com o objetivo de impedir este do contato com outros e, evitando o perigo de contágio, o qual estava sob a responsabilidade dos religiosos e leigos em medicina, tendo também como a missão no atendimento espiritual (FOCAULT, 1981).

Esta é a função essencial do hospital [...] e o pessoal hospitalar não era fundamentalmente

designado a realizar a cura do doente, mas conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo, religioso ou leigo, que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse salvação eterna (FOUCAULT, 1981. p.101-102).

No século XVIII, inicia-se a era do hospital como dispositivo de cuidado com a função de curar e tratar a doença, e foi necessário desconstruir a imagem que ele carregava como de isolador e de domínio religioso, cuja nova interpretação, agora como “um objeto complexo de que se conhecem mal os efeitos e as consequências, que age sobre as doenças e é capaz de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las” (FOUCAULT, 1996, p. 100).

Na ótica de Castelar (1995), o hospital emergiu para combater e reduzir a propagação de doenças, já que no início, os atendimentos ocorriam por parte de quem tinha o interesse individual em desenvolver a caridade ligada à religião, e eram centrados nas Santas Casas de Saúde que atendiam pessoas com enfermidades físicas e mentais, como também serviam de abrigo aos economicamente desfavorecidos, sendo que, a exceção eram as doenças infectocontagiosas e epidemias, as quais exigiam isolamento dos cidadãos do convívio social.

Na visão de Pitta (1991), o novo hospital define-se como espaço em que as pessoas são percebidas, tratadas e curadas de suas enfermidades, cujo local se destina a outro tipo de doente e não serve mais como local de isolamento.

Da profana incumbência de sequestrar pobres, moribundos, doentes e vadios do meio social, escondendo o incômodo e disciplinando os corpos e guardando-os até a morte, à nobre função de salvar vidas, o hospital tem percorrido um caminho complexo e tortuoso em busca do tecnicismo científico adequado às suas novas funções (PITTA, 1991, p.41).

No século XIX, surge a medicina moderna, em que a racionalidade médica torna-se científica com “as descobertas em diversos campos das ciências da natureza, como a biologia, anatomia, bacteriologia e outras disciplinas, começam a afastar a medicina do seu empirismo e construir o hospital científico moderno” (RIBEIRO, 1993, p. 25).

Na atualidade é comum entender as organizações hospitalares como o espaço institucional destinado a procedimentos investigativos e terapêuticos, conjugado a disponibilização de hotelaria que provê leitos, alimentação e uma rotina aos enfermos. Martins, Fernandes e Gonçalves (2012), Nogueira (2003) e Romão (2010) compreendem o hospital como uma organização complexa, nos quais os serviços de saúde têm características que geram exigências particulares, em termos de organização e de gestão. Já, Ribeiro (1993, p. 31) diz que a missão dos hospitais passou da função de cuidado do doente para assumir uma nova missão, incorporando tecnologias.

O hospital contemporâneo não é apenas uma instituição que evoluiu. É muito mais, é uma instituição nova. Suas missões são outras, conquanto resguardadas algumas que precederam. Mudaram suas características, suas finalidades, sua administração, seus sujeitos, seus instrumentos e processos de trabalho. O elemento mais constante dessa trajetória tem sido o homem que sofre e morre.

O primeiro hospital brasileiro foi fundado por Braz Cubas, em São Paulo, no ano de 1543, denominado de Santa Casa de Misericórdia de Santos, de orientação religiosa católica com objetivos filantrópicos nos moldes das Santas Casas de Misericórdia criadas em Portugal e distribuídas até o Século XX, como assistência médica gratuita no país (ANTUNES, 1991).

Desde então, alertam Araújo e Leta (2014), os hospitais passaram por várias mudanças conceituais e organizacionais. Dentre elas, chama atenção a exigência de criação de hospitais próprios vinculados às escolas médicas. A partir daí, origina-se um novo conceito de hospital: o hospital de ensino (médico), que quando vinculado a uma universidade é denominado hospital universitário (HU)³.

Nas palavras de Medici (2001), o hospital universitário, em sua concepção tradicional, é uma instituição caracterizada por um

³ Hospital Universitário: “[...] são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS)”. <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>. Acesso em 22 de maio de 2016.

prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde por prover treinamento universitário na área de saúde; por ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino e, por propiciar atendimento médico de maior complexidade a uma parcela da população. O Ministério de Educação e Cultura (MEC), um dos órgãos reguladores e mantenedores dos HUs, realça a missão dos HUs: ensino, assistência e pesquisa.

Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os programas de educação continuada oferecem oportunidade atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde. Os hospitais universitários apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento. Todos desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridos. (BRASIL, 2012).

Em pesquisa recente, Araújo e Leta (2014, p. 38) alertam que "apesar de a maioria dos HUs já ter introduzido formalmente a atividade de pesquisa junto às missões de ensino e assistência, na prática, o binômio ensino-assistência prevalece como marca dessas instituições", como é o caso do HU-UFSC.

O HU-UFSC, objeto desta pesquisa, foi fundado pelo Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, em 02 de maio de 1980, ocupando no organograma a posição de órgão suplementar vinculado ao Gabinete do Reitor com a finalidade de desenvolver atividades de ensino, pesquisa, extensão e assistência, como também, responsável pela formação acadêmica na área da saúde e servindo de campo de estágios para diversos cursos da UFSC, como: Enfermagem, Farmácia, Medicina, Odontologia, Serviço Social, Psicologia e Nutrição, com campo de estágio curricular de profissionais do Programa de Residência Multiprofissional (HU, 2014).

Além da formação de profissionais, produzir e socializar conhecimentos com ética e responsabilidade social, também tem a

missão de preservar a vida promovendo a saúde (UFSC, 1992), tendo a visão de ser um centro de referência em alta complexidade, com excelência no ensino, pesquisa, assistência e gestão, pautado na integralidade de atenção à saúde e no trabalho interdisciplinar. Seus valores permeiam os princípios da humanização, ética, com perfil público e gratuito, inovação, valorização, qualificação e competência profissional, compromisso social, articulação, ensino, pesquisa, extensão e assistência, como o respeito aos princípios do SUS: de integralidade, de universalidade, de equidade e de resolutividade (UFSC, 1992).

Na data de realização do presente estudo havia 280 leitos nas áreas de Clínica Médica, Cirúrgica, Tratamento Dialítico, Terapia Intensiva, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Neonatologia, além do Serviço de Emergência Adulto e Infantil, Ambulatório especializado, Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno e Centro de Esterilização.

2.5 A MEDICINA E AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS COMPLEMENTARES

A atividade médica existiu na antiga Grécia, na civilização egípcia, na China e outros locais, sendo a Medicina considerada uma das ciências antigas do mundo. No início, os tratamentos eram naturais e holísticos, tendo por base as práticas da medicina chinesa e oriental, mas, ao longo do tempo, ela expandiu para uma visão mais científica e experimental aproximando-se da dimensão de ciência, aprimorando técnicas, medicamentos e instrumentos baseados na racionalidade, e em pesquisas científicas e, a medicina moderna apoiou-se na cultura grega, observando o princípio da razão.

O campo da medicina chinesa é muito amplo e continua a ser aplicada há muitos séculos, sendo um sistema completo, dando maior significado aos aspectos da enfermidade e das suas causas dentro de uma abordagem mais humanista e global do ser humano. Já, nas últimas décadas, a medicina oriental começa a ganhar mais poder e simpatizantes, e, são incorporadas práticas mais alternativas para resolver os problemas de doenças, tais como yoga, meditação e o consumo de substâncias mais naturais.

As Práticas Integrativas e Complementares compreendem um conjunto de “sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e complementar/alternativa” (BRASIL, 2006). Por sua vez, a OMS/WHO (2013, p.31) considera que o

profissional de medicina tradicional e complementar (MTC) pode ser “práticos de medicina tradicional ou medicina complementar, profissionais da medicina convencional e agentes de atenção sanitária [...] ou outros profissionais da área da saúde”, enquanto as práticas de MTC:

[...] incluem medicamentos terapêuticos e tratamentos de saúde baseados em procedimentos, por exemplo, a base de ervas, naturopatia, acupuntura e terapias manuais tais como a quiropraxia, a osteopatia e outras técnicas afins, incluindo qigong, tai chi, yoga, medicina termal e outras terapias físicas, mentais, espirituais y psicofísicas (OMS/WHO, 2013, p.31).

A OMS, no documento “Estratégias da OMS sobre Medicina Tradicional” (OMS/WHO, 2013, p.7), para o período 2014-2023, considera ainda que, “em todo o mundo, a medicina tradicional é o pilar principal de prestação de serviços de saúde” (OMS/WHO, 2013, p.11), que a Medicina Tradicional e Complementar (MTC) vem recebendo interesse maior das pessoas, “ganhando caráter global” e “crescente importância econômica”. No entanto, é “com frequência subestimada pelos serviços de saúde” (OMS/WHO, 2013, p.18).

A MTC recebe várias denominações tais como práticas tradicionais, populares, não ocidentais, complementares, holísticas, brandas, alternativas e integrativas, contrapondo os parâmetros da medicina hegemônica, que entende o corpo humano como um “grande engenho” fisiológico e anatômico de base mecanicista, com ênfase na enfermidade, uso exacerbado de medicamento, utilização frequente da tecnologia e forte especialização.

Entretanto, há o reconhecimento de contribuições e avanços para a saúde pública. Tesser e Barros (2008), Martinez, (2003), em seus estudos, mostram que as medicinas alternativas e complementares têm a concepção do organismo humano como um “campo de energia”, numa visão “integrativa e sistêmica”, necessitando de terapia multidimensional e um movimento multidisciplinar no processo saúde/doença/cura. Portanto, o aumento mundial previsto na mortalidade motivada por doenças crônicas “é o motivo mais urgente para desenvolver e fortalecer a colaboração entre setores da medicina convencional e a medicina tradicional e complementar” (OMS/WHO, 2013, p.40).

Desse modo, isso exige “um enfoque coerente e integral da atenção à saúde” e uma “estratégia mundial destinada a promover a integração, regulamentação e supervisão apropriadas da medicina tradicional e complementar”. Assim, o documento recomenda o “aproveitamento da contribuição potencial da medicina tradicional e complementar” e a “promoção da sua utilização segura e eficaz por meio de regulamentação e pesquisa, incorporando produtos, profissionais e práticas nos sistemas de saúde” (OMS/WHO, 2013, p.7 - 11).

Em levantamentos mundiais da OMS, ficou constatado que as pessoas procuram a medicina tradicional e complementar em função de diversos fatores, como “a cultura, importância histórica e a regulamentação” (OMS/WHO, 2013, p. 27), e também motivadas por crescente insatisfação com os serviços de atenção à saúde existente, e interesse renovado pela ‘atenção integral das pessoas’ e prevenção de enfermidades (OMS/WHO, 2013, p.28).

No Brasil, há um crescente uso dessas práticas. A avaliação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), no período de 2006-2010, mostra que houve “avanços para a saúde no país, pela normatização e institucionalização das experiências com essas Práticas na rede pública” (RODRIGUES *et al.*, 2011, p. 39), sendo recomendada entre outras medidas, a inclusão de “ações e recursos específicos voltados ao ensino, serviço e pesquisa das Práticas Integrativas e Complementares” e “definição, no âmbito do MS, de incentivo para estados e municípios no sentido de estimular a inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no SUS” (RODRIGUES *et al.*, 2011, p.41).

Já, Ischkanian e Pelicioni (2012, p.233), ao realizar uma pesquisa para investigar os conhecimentos, opiniões e representações sociais dos gestores e profissionais de saúde sobre as PICs no Sistema Único de Saúde em unidades básicas de saúde em São Paulo, apuraram que “os gestores não estavam preparados para a implantação da PNPIC no SUS”, e que a “divulgação das PICs não tem sido suficiente para que profissionais e usuários as conheçam”, e que ainda “prevalece o modelo biomédico nos atendimentos”.

Outras avaliações feitas por profissionais que atuam no setor apontam a PNPIC, como práticas contra hegemônicas, enquanto o SUS é “voltado para uma racionalidade da medicina tradicional [...]; relaciona-se a uma lógica de caráter quantitativo, que não se aplica às práticas integrativas.”; assim, o modelo biomédico adota uma lógica de avaliação que desconsidera “mecanismos naturais de cuidado e cura e a

ideia de que a doença envolve corpo/mente/espírito” (BATALHA, 2013, p.26).

Sobre esta questão, especialistas apontam que a “necessidade de superar o preconceito e desconhecimento sobre as práticas”, a, “[...] formação de profissionais de saúde centrada na racionalidade biomédica [...]; desconhecimento e [...] falta de apoio por parte dos gestores em relação à potencialidade dessas práticas no cuidado com as pessoas; [...] são entraves à expansão do acesso e insuficiência de uma linha de financiamento para as Práticas Integrativas e Complementares”; também destacam o fato de que “é preciso dar à população o direito de saber que não existe uma só medicina [...]. Em cada momento da vida o cidadão deve poder escolher” (BATALHA, 2013, p.25).

Santos e Martins (2013) dizem que uma das características da racionalidade médica da biomedicina é o desprezo por outras abordagens do processo saúde-doença, ignorando outras práticas e rotulando-as de charlatanismo, desconsiderando por não ter apoio em métodos tradicionais da ciência positivista. Já, a pesquisa de Schweitzer e Zoboli (2014, p.188) que buscou, “identificar a compreensão dos profissionais de saúde quanto ao papel das práticas complementares na Atenção Básica”, com avaliação de 22 casos de 1986 a 2011, constataram “três estilos de prática: medicina convencional, práticas integrativas e medicina integrativa”, admitindo que, “o processo de trabalho na Atenção Básica apresenta dificuldades para a realização de cuidado integrativo e holístico”. Outro dado da problemática no campo das PICs consiste num “debate [...] inserido nas questões que envolvem o Ato Médico, o que seriam as competências exclusivas do médico” (LUZ, 2013, p.28), traduzindo-se em “problema também que contribui para emperrar a implementação da PNPIC”.

A PNPIC é uma política multiprofissional e interdisciplinar, na medida em que existe uma diversidade de saberes envolvidos e de profissões que lidam com esses conhecimentos. [...]. Assim, há [...] uma multidão de leigos portadores de saberes que não existem nos livros e que devem ter seu lugar como atores sociais da saúde. ‘Há lugares para eles no SUS?’ (LUZ, 2013, p.28).

Neste caso, o Ministério da Saúde admite a existência dos saberes e de “terapeutas tradicionais” como “direito à diferença” ao considerar:

Outra possibilidade, importante no caso de atenção à população étnica ou culturalmente diferenciada, como indígenas, negros ou ciganos é considerar a provável existência de recursos e de atores sociais que atuam como terapeutas tradicionais, que compõem o universo sociocultural desses segmentos da população. [...] O diálogo respeitoso sobre essa possibilidade configura condição indispensável tanto da aproximação à lógica das concepções e práticas sobre o processo saúde-doença afeitas ao sujeito doente e à sua rede social, como de possíveis negociações terapêuticas no objetivo de atingir resultados que combinem maiores chances de eficácia biomédica com aceitabilidade cultural (BRASIL, 2007, p.26).

Esta situação se configura em “encontros e tensões entre a medicina hegemônica e as medicinas alternativas” (MADEL, 2005, p.165) e, ressalta que:

De um lado, [...] o sucesso social e institucional das medicinas alternativas, bem como os obstáculos que encontram no caminho de seu reconhecimento [...]. a) Está havendo um encontro cultural das medicinas tradicionais com as novas representações e concepções [...] de saúde, adoecimento e cura, e relações homem/natureza, presentes atualmente na sociedade civil [...]. Essa pressão tende a encontrar, no entanto, a contrapressão oriunda da corporação médica, que geralmente se opõe à legitimação de medicinas alternativas [...]. b) As medicinas alternativas vêm funcionando como um modelo atraente de relação terapeuta/paciente. [...]. c) Há um crescimento progressivo, nos últimos quarenta anos, de concepções e teorias psicossociais do adoecimento [...]; uma busca de superação da clássica dicotomia corpo/mente da cultura ocidental. [...]. d) Há uma incorporação crescente pelo saber médico [...] na etiologia das doenças no século XX [...], favorecendo as abordagens terapêuticas menos medicalizadoras [...]. e) A tudo isto deve se acrescentar a mencionada dupla

crise, da saúde e da medicina (MADEL, 2005, p.169).

Este contexto, conforme Madel (2005, p.169-170), “tende a [...] superar o modelo puramente medicalizador”, de tal modo que os, “[...] médicos especialistas têm aceitado contribuição das medicinas alternativas; contudo, programas e atividades de medicinas alternativas [...] continuam institucionalmente isoladas, quando não são bloqueadas pelos profissionais médicos”. Entretanto, a incorporação das “medicinas ditas tradicionais, ditas alternativas”, tem evoluído lentamente, em um “cenário otimista, as medicinas alternativas tenderiam a conviver com a medicina hegemônica” como “recursos terapêuticos válidos e elegíveis como direito de cidadania”. Assim, a “terapêutica retomaria seu lugar” e “a arte de curar retomaria sua função de finalidade básica da medicina” (MADEL, 2005, p.170).

Esta convivência apresenta um risco “de ‘sincretismo médico’, com possível perda de sua racionalidade para as medicinas alternativas, em proveito da biomedicina”; mas, há um ganho, a “re-situação do paciente como centro de seu objeto de investigação e objetivo de intervenção terapêutica, valorizando-se novamente o agir do médico, a ser visto mais como um terapeuta que como o investigador de patologias” (MADEL, 2005, p.170-171).

2.5.1 A saúde pública no Brasil

A História da Saúde Pública no Brasil é marcada por sucessivas reorganizações administrativas desde a época colonial, mas somente no período republicano que se efetivou. (FUNASA, 2016; MARQUES, 2016). A saúde Pública até o início do século XX estava indisponível para a minoria da população, pois poucos tinham acesso aos serviços de saúde. O período de 1900 a 1920 foi marcado pelo desenvolvimento econômico devido à expansão das indústrias e a chegada dos imigrantes, logo, o Sistema Público de Saúde é resultado de décadas de luta de um movimento que se denominou Movimento da Reforma Sanitária. (MARQUES, 2016).

O Sistema Público de Saúde foi instituído pela Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) de 1988 e consolidado pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, cujo Sistema foi denominado Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que, algumas características desse sistema de saúde, começando pelo mais essencial, dizem respeito à colocação

constitucional de que Saúde é Direito do Cidadão e Dever do Estado (CARVALHO, 2013).

No Brasil, nestes primeiros quinze anos do Século XXI, a saúde é considerada caótica. Notícias são amplamente divulgadas pela mídia que relatam o sistema público de saúde em crise. Na concepção de Salomão (2014, n. p.), conforme a pesquisa realizada pelo instituto Datafolha e o Conselho Federal de Medicina (CFM), “93% dos eleitores brasileiros avaliam os serviços público e privado de saúde como péssimos, ruins ou regulares”, e, “entre os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), 87% dos entrevistados declararam insatisfação com os serviços oferecidos”. Para o Tribunal de Contas da União (TCU), os problemas são financeiros e de infraestrutura.

Na raiz da crise estão o desequilíbrio no financiamento e a desigualdade na distribuição da infraestrutura e dos serviços entre regiões — informa o Tribunal de Contas da União. Há uma década o governo federal bancava 59% das despesas na saúde pública [...]. O governo federal reduziu sua parte, que hoje corresponde a 45% dos gastos com saúde. [...]. Nos últimos três anos o orçamento do SUS restringiu os gastos por habitante ao patamar de R\$ 2,5 por dia. [...]. A tabela de pagamentos do SUS está defasada há 20 anos. [...]. O país campeão das preocupações com saúde tem um SUS subfinanciado e mal gerido, e é o segundo maior mercado de planos privados do mundo (ABRASCO, 2014).

A crise no sistema público de saúde afeta os 4.870 hospitais que atendem ao Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo com que o agravamento da crise na saúde chegue aos tribunais do país: “o Judiciário virou uma ‘segunda porta’ de acesso ao SUS, intervindo na administração das filas para internação ou acesso a medicamentos”; isto fez com que “os gastos do Ministério da Saúde por conta de sentenças judiciais subissem 1.400% nos últimos seis anos” (CASADO, 2014, n.p.). Assim, o orçamento destinado à saúde pública é escasso para atender a demanda, excluindo grande parte da população, principalmente nos procedimentos eletivos, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1988, com objetivo de universalizar os atendimentos não se concretizou na realidade.

Em decorrência, a situação se reflete nas pesquisas de opinião pública. Levantamento realizado pelo IBOPE, em novembro de 2013, aponta que a “saúde é o principal problema do Brasil, na opinião de 58% dos entrevistados”, enquanto que a pesquisa Retratos da Sociedade Brasileira - Problemas e Prioridades para 2014, promovida pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) em parceria com o IBOPE, aponta que “quase metade da população brasileira (49%) diz que melhorar os serviços de saúde deve ser prioridade para o governo federal em 2014”. (ANDRADE, 2014; n.p.). Outro dado da problemática mostra alta no consumo de remédios: a “venda de medicamentos cresce 13% em relação a 2013. [...] As vendas de genéricos foram 12% maiores que as do ano passado” (SCARAMUZZO, 2014).

Tesser (2006, p.61) considera que “o processo de medicalização social no Brasil é intenso e importante para o SUS (especialmente o PSF) e a Saúde Coletiva”, afirma que:

A medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores cotidianas. Isso desemboca num consumo abusivo e contra produtivo dos serviços biomédicos, gerando dependência excessiva e alienação. (TESSER, 2006, p.61).

Illich (1975, p. 62-63) chama atenção ao problema, como “parte integrante de sua institucionalização industrial”, considerando a “medicalização da sociedade industrial reforça seu caráter imperialista e autoritário” e, “medicalização da vida” como “malsã” por três razões.

A medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema.

Assim, para Illich (1975, p. 104 e 211) “a Medicina institucionalizada transformou-se numa grande ameaça à saúde”, na qual ocorre a “alienação da dor”; a “civilização moderna transforma a experiência da dor. Retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico”, emergindo “medicalização da dor [que] reduz a capacidade que possui todo homem de se afirmar em face do meio e de assumir a responsabilidade de sua transformação, capacidade em que consiste precisamente a saúde”. O próprio Ministério da Saúde no texto “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular”, reconhece o problema:

Infelizmente o mito de que os tratamentos e intervenções só fazem bem é muito forte. Ocorre, entretanto, com relativa frequência, o uso inadequado de medicações e exames, causando graves danos à saúde e desperdício de dinheiro. Os diazepínicos e antidepressivos são um exemplo. [...]. O uso abusivo de antibióticos e a terapia de reposição hormonal são outros exemplos. Quanto aos exames, também existe uma mitificação muito forte. [...] A noção de saúde como bem de consumo (“quanto mais, melhor”) precisa ser combatida para que possamos diminuir os danos. O real significado e as expectativas das pessoas quando procuram um serviço de saúde precisam ser trabalhados na clínica ampliada, para diminuir o número de doenças causadas por tratamento e para não iludir as pessoas. (BRASIL, 2007, p.18-19).

Este documento traz como fator comum em doenças crônicas, a “Medicalização da vida é quando a doença torna-se preocupação central na vida do usuário”, sendo recomendado que a equipe de profissionais da saúde procure “adequar as propostas terapêuticas aos investimentos afetivos do usuário [...] para que a doença e o tratamento não se tornem o seu objeto de investimento central”, de modo a “equilibrar as preocupações e ações de combate à doença com as preocupações de produção de vida” (BRASIL, 2007, p.24).

Já, Ceccim e Merhy (2009, p.539) chamam a atenção para a “transição tecnológica do campo da saúde”, que fez surgir uma “medicalização social intensamente mais sofisticada”, em que “um universo novo de patologias vai sendo construído”.

A indústria de medicamentos alia-se a [...] farmacoprevenção, da orientação ao corpo doente a ser curado, para o corpo saudável que deve ser tratado (preventivamente) para não adoecer, para não correr o risco de ter de consumir atos de saúde custosos segundo o modelo médico-hegemônico do corpo de órgãos, que ambiciona o uso ambulatorial de atos profissionais de saúde, não mais os atos médico-hospitalares. Surgem maciçamente medicamentos para manter a normalidade do corpo biológico; o risco de adoecer passa a ser medicamentado. Surgem preocupações em empresas de seguro e planos de saúde pela promoção e prevenção e pela produção de hábitos de vida que possam minorar processos de adoecimento. [...]. A patologização de certos sofrimentos, sob a ótica do modelo médico-hegemônico (clínica do corpo de órgãos), com a finalidade de patrocinar cuidados individuais e coletivos e o consumo de inúmeros atos profissionais de saúde centrados em tecnologias duras ou leve-duras, objeto de estratégias disciplinares das profissões clássicas da saúde e da saúde pública em geral, agora, sob a clínica de um corpo que não tem órgãos a serem perscrutados e tratados, instaura um olhar que patologiza os modos de viver a vida, individuais e coletivos - em um corpo ex-órgãos (corpo sem sintomas) [...]. Vem agora operar uma clínica sem o limite disciplinar do corpo de órgãos, uma atuação dirigida à produção do desejo ali onde se modulam as formas de viver. Vêm agregar-se estratégias de controle sobre os modos de cuidar de si. [...] A vida é explicada pelo laboratório. Medicamentos, alimentos e atividades podem ensinar o corpo do laboratório. (CECCIM; MERHY, 2009, p.539).

Sinalizam que “sem essa problematização, de fato, não construímos a possibilidade de um devir à humanização, no bojo dos princípios e diretrizes do SUS”, sendo necessário, pautar a “produção da saúde como produção de vida, um modo autopoiético e solidário de invenção das práticas de atenção”, e ainda à “construção de um agir

micropolítico e pedagógico intenso: apoiar as desobediências ao instituído/vigente/hegemônico que as humanizações ensejam” (CECCIM; MERHY, 2009, p.541). A problemática da medicalização social, no entender de Souza e Luz (2009, p.397), apresenta a crise da saúde em duas fases, sendo que a primeira, “refere-se a problemas de natureza sanitária, cuja causa se relaciona a questões socioeconômicas decorrentes da evolução recente do capitalismo”, enquanto a segunda, está relacionada “à síndrome social coletiva denominada [...] pequena epidemiologia do mal-estar”, caracterizada por “um mal-estar difuso em grande parte da população urbana trabalhadora, desempregada ou aposentada”.

A crise da medicina, nas palavras de Luz (2005, p.151), “não significa absolutamente uma crise em seu modelo de produção de conhecimento”, pois, como ‘ciência das doenças’, a medicina vai muito bem e, explica em vários planos:

No plano ético imediatamente ligado à prática médica, na medida em que destaca a perda ou a deterioração atual da relação médico-paciente, com a objetivação dos pacientes e a mercantilização das relações entre o médico e seu paciente [...]. No plano da eficácia institucional médica, no qual deve ser destacada a perda, pela medicina atual, de seu papel milenar terapêutico, isto é, de sua função de arte de curar em proveito da diagnose, com o avanço das ciências do campo biomédico [...]. Em seguida, [...] a grave questão da bioética, implicada na investigação biomédica, [...] em progressão quase exponencial no âmbito microanalítico jamais alcançado pela ciência: [...] mais uma vez sem uma cuidadosa consideração do sujeito humano. [...]. Também o plano corporativo, isto é, o da profissão médica, que implica não apenas a questão da ética profissional em termos das relações intra categorias [...] as relações inter categorias da área de atenção à saúde [...] que chegaram atualmente a um nível de grave competição, perceptível nos serviços públicos de saúde. Aqui também deve ser destacada a questão das relações entre profissionais médicos e cidadãos, [...] caracterizada muitas vezes por conflito ou hostilidade. [...]. Outros planos poderiam também

ser destacados. [...]: no planejamento de saúde: o plano econômico, dos custos crescentes da tecnologia médica e seus efeitos institucional e social; o plano da irracionalidade da organização da medicina, centrada num modelo de atenção médica hospitalar, em detrimento das necessidades de atenção primária da população, entre outros (LUZ, 2005, p.149-151).

Luz (2005, p.151), amplia o raciocínio e destaca o plano de Racionalidade Médica, em que “o próprio paradigma que rege a medicina contemporânea afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção”. Já, Souza e Luz (2009, p.397; grifos nossos) sintetizam a *crise da medicina*, caracterizada como uma convivência contraditória de tripla cisão:

Entre ciência das doenças e arte de curar (episteme/*tékhne*), desenvolvida no pensamento médico ao longo dos últimos três séculos; entre diagnose e terapêutica (práxis), na prática médica de combate às doenças, desenvolvida sobretudo a partir do final do século XIX; e no interior do agir clínico (*tékhne*), da unidade relacional médico/paciente, pelo progressivo desaparecimento do contato com o corpo do doente, pela interposição de tecnologias ‘frias’ diagnósticas e terapêuticas, verificada a partir da segunda metade do século XX. (SOUZA; LUZ, 2012, p.400).

Esta situação coloca o Brasil em último lugar no ranking sobre eficiência de sistemas de saúde, conforme levantamento da consultoria Bloomberg feito em 48 países que têm PIB per capita acima de US\$ 5.000 (POLATO, 2013; n.p.).

2.5.2 A concepção de saúde e de doença

Se o sistema de saúde brasileiro já não dá conta para atender prevenção da doença, que pode ser explicada pela carência de recursos, precariedade dos serviços públicos e ineficiência do SUS, a situação ainda é pior se se considerar o conceito de promoção da saúde, que exige maior atenção, cuidados e recursos. Albuquerque e Oliveira

(2002; n.p.) informam que “saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança” e comentam a revolução histórica que alterou o conceito de saúde e doença.

O desenvolvimento do *Modelo Biomédico* [séc. XVII; visão mecanicista e reducionista do Homem e da Natureza; relação causal linear entre uma causa simples e uma doença; omissão da autonomia conceitual da pessoa]: se centrara na doença; a *Primeira Revolução da Saúde* [a partir de meados do século XX; desenvolvimento das modernas medidas de saúde pública] se centrara na prevenção da doença; e a *Segunda Revolução da Saúde* [a partir de 1979] [...]. Saliem-se dois conceitos centrais, específicos e inovadores: "promoção da saúde" e "estilo de vida". (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002). (grifos nossos).

Em consequência, emerge o reconhecimento ao direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, sendo que, surge após a Segunda Guerra Mundial, a criação da Organização das Nações Unidas e da Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1946, que define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, que não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS/WHO, 1946; n.p.), e, em 1974, surgiu no Canadá o conceito de “campo da saúde”, formulado por Marc Lalonde, abrangendo a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde (SCLAR, 2007).

No Brasil, o conceito de saúde foi considerado em “sentido mais abrangente” na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em março de 1986, na qual, no relatório final se pode ler: “a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.” (BRASIL, 1986, p.4). Já, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 no seu artigo 196 preconiza o princípio que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de

outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988; n.p.).

Assim, enquanto o conceito de saúde, para a OMS, foca o bem-estar e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade, para a Constituição brasileira, e, em consequência, para os sistemas de saúde e o SUS, as ações de saúde visam reduzir o risco de doença. A problemática da operacionalização do conceito de saúde é apontada por Scliar (2007):

A amplitude do conceito da OMS (visível também no conceito canadense) acarretou críticas, algumas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível; a definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde. Em decorrência da primeira objeção, surge o conceito de Christopher Boorse (1977): **saúde é ausência de doença**. (SCLIAR, 2007, p.37, grifo nosso).

Vianna (2012) diz que a “saúde e doença não são duas faces de uma mesma moeda”,

De fato, se considerarmos um sistema de saúde, por exemplo, o SUS, é possível verificar que as ações voltadas para o diagnóstico e o tratamento das doenças são apenas duas das suas atividades. Inclusão social, promoção de equidade ou de visibilidade e cidadania são consideradas ações de saúde. O entendimento da saúde como um dispositivo social relativamente autônomo em relação à ideia de doença, [...] abrem novas possibilidades na concepção do processo saúde-doença. (VIANNA, 2012, p.9).

Para Demarzo (2011, p.6), “para a prevenção, evitar a doença é o objetivo final. Para a promoção, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde. Portanto a ausência de doenças não é suficiente”. Vianna (2012, p.9) explica que conforme a Organização Mundial de

Saúde, “a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida” e como “um bem comum, um bem e um direito social [...] componente e exercício da cidadania”, sendo o “que o processo saúde-doença representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde-doença de uma população”.

Tesser (2009) relata que na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde promovida pela Organização Mundial da Saúde realizada em 1986 no Canadá, foi formalizada a Carta de Ottawa, que define a promoção de saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986, n.p.).

Já, Heidmann (2006, p.356), ao destacarem que a Carta de Ottawa de 1986 é uma referência da promoção à saúde, lembram a importância de “compreender que a promoção à saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico”, e defende que a Carta de Ottawa reafirmou um conjunto de valores para a promoção da saúde como “vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros”. Com a Carta, a saúde passou a ser concebida como a construção pelo “cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção de saúde por todos os seus membros” (HEIDMANN, 2006, p.353- 354).

Por sua vez, Albuquerque e Oliveira (2002; n.p.) informam que os principais conceitos da Segunda Revolução da Saúde, contemplada na Carta de Otawa de 1986, está centrada em capacitar às pessoas para aumentarem o controle sobre a sua saúde e para alcançar a melhoria de sua saúde, o “que significa devolver à população o poder em matéria de saúde, retirando-o das instituições, dos dirigentes, dos profissionais e da tecnologia”, com o “objetivo primordial da promoção da saúde [...] de facilitar a transferência de recursos importantes na saúde [...] para a comunidade”. No entanto, “a adoção de estratégias de promoção da saúde e dos princípios a ela subjacentes encerra um conflito potencial”:

Embora muitos profissionais e gestores da área da saúde afirmem defender a ideia de devolver mais poder à comunidade, na prática poucos estão

dispostos a fazê-lo. A justificação destes profissionais é a de que eles é que "sabem melhor" o que fazer, podendo afirmar-se que esta constitui a filosofia dominante entre estes profissionais. (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002; n.p.)

A realização das conferências internacionais e regionais trouxe avanços para a saúde em todo o mundo. Entretanto, os resultados também têm sido contraditórios, em razão das diversas políticas e práticas de promoção à saúde que podem ser sintetizadas em dois grandes grupos:

A primeira com enfoque comportamental expressa, em ações que visam à transformação de hábitos e estilos de vida, pontuando fatores de risco e transferindo a responsabilidade ao indivíduo. A segunda considera fundamental o papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de vida e de saúde estando diretamente relacionada à qualidade de vida individual e coletiva. (VERDI; CAPONI, 2005, p.82).

Considerando esta situação:

Um dos riscos mais evidentes trata da possibilidade de políticas públicas de saúde de serem construídas de modo reducionista, transformando problemas sanitários complexos em desvios de conduta individuais, deslocando tanto o cerne da questão do corpo social para o corpo biológico ou físico, quanto a responsabilidade da produção de respostas efetivas do nível do Estado para o próprio indivíduo. Este reducionismo ajudaria a explicar porque tantos programas de promoção de saúde orientam suas estratégias para a promoção de uma conduta sadia. (VERDI e CAPONI, 2005, p.85).

Ponderando esta realidade, Heidmann (2006) concluem que apesar dos avanços resultantes das ações da OMS e das Conferências,

ainda permanece uma visão simplificada de promoção à saúde, em que, entre outros aspectos, a prevenção da doença é sinônimo de promoção à saúde.

Portanto, o processo saúde-doença, como um instrumento para a apreensão da saúde e da doença é interpretado de modo diferente pelos sistemas de saúde e pelos indivíduos: “as pessoas, suas famílias e grupos sociais experimentam o sofrimento [...] que não corresponde necessariamente à concepção de doença que orienta os provedores da assistência, como os profissionais da Estratégia Saúde da Família”. Assim, por exemplo, desconsidera “a dimensão do bem-estar um conceito ainda mais amplo, no qual a contribuição da saúde não é a única e nem a mais importante” (VIANNA, 2012, p.8).

Além disso, o processo terapêutico precisa considerar que “as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras”, sendo necessário evidenciar “a complexidade dos Sujeitos que utilizam serviços de saúde e os limites da prática clínica centrada na doença” (BRASIL, 2007, p.9). Deste modo, a clínica não se resume à prescrição de remédios ou solicitação de exames, “uma prática muito comum nos serviços de saúde”, causando a “redução dos usuários a um recorte diagnóstico ou burocrático” (BRASIL, 2007, p. 9).

Alicerçados no Método Clínico centrado na pessoa de Helman (2009), Gonçalves e Fiore (2011, p. 6) asseveram que “a pessoa nos traz a enfermidade, carregada de experiências e expectativas”, e ainda que o “profissional de saúde, carregado de conhecimento científico, racionaliza a queixa e a traduz em uma doença, para enquadrá-la no código da Classificação Internacional de Doenças (CID)”, isto é, um “processo que muitas vezes não considera os aspectos pessoais, familiares e sociais associados à doença, perdendo a capacidade de diagnóstico global da avaliação da enfermidade”.

Fiorati e Saeki (2012) fazem uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão do serviço de saúde, em que “os projetos terapêuticos são referenciados pelos profissionais como decorrentes das diretrizes provenientes de instâncias gestoras ou das orientações técnicas próprias a cada categoria profissional”, fazendo com que os procedimentos não sejam “atividade de construção representativa de uma filosofia de trabalho da equipe de saúde” e, em desta cultura, não resulta de “ação comunicativa orientada para o entendimento mútuo e intersubjetivo entre membros da equipe do serviço”, evidenciando “a dificuldade das equipes dos serviços em organizarem-se dialogicamente para a construção coletiva do projeto terapêutico” (FIORATI; SAEKI, 2012, p. 587-588).

O Projeto Terapêutico parte de necessidades dos usuários para promover a saúde e segue vários caminhos e vários profissionais, compreendendo procedimentos que incluem o agendamento, a consulta, o acolhimento, a escuta, o diagnóstico e a prestação do tratamento, com medicação, internação e outras medidas, numa dimensão singular que inclui a concepção de ser humano para alcançar e criar produtos de saúde, de modo que, “a terapêutica não se restringirá [...], somente a fármacos e a cirurgia; há mais recursos terapêuticos do que esses, como, por exemplo, valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio psicossocial” (PINTO, 2011, p. 494).

Avaliando que a organização burocrática pode trazer eficiência, o documento “Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), exemplifica a problemática e seus efeitos para os usuários:

No caso das organizações de saúde, quando o usuário vai transitando entre as caixinhas quase como numa ‘linha de montagem’ (com os tais ‘encaminhamentos’ no sistema, e com as ‘interconsultas’ nos hospitais), isso não funciona muito bem. Ao final da linha o usuário fica sem alguém que seja responsável por ele como um ‘todo’, como se costuma dizer. Cada profissional faz a sua ‘parte’ e não há quem ‘junte as partes’. [...] E nesta lógica, ocorre com maior facilidade o que se chama de ‘desresponsabilização’, além da sobreposição de atividades (de exames, por exemplo), das iatrogenias [erros da conduta médica] [...] e uma maior probabilidade de haver abandono de tratamento sem que os serviços sequer percebam (BRASIL, 2007, p.32-33).

Neste caso, “o usuário muitas vezes fica com uma sensação de desamparo”, enquanto “o trabalhador se distancia da possibilidade de ver o resultado final do seu trabalho para o usuário, identificando-se preponderantemente como partes do processo (reforçando a chamada redução do objeto de trabalho)” (BRASIL, 2007, p.33). O Ministério da Saúde diz ser necessário incorporar a dimensão subjetiva e social na questão de adoecer, incluindo ações que visem o aumento da autonomia do doente, com atenção às práticas centradas nas doenças e em procedimentos e tarefas que não abordam o ser humano de modo

integral, configurando práticas fragmentadas restritas a uma pequena parcela do processo terapêutico, que geram alienação e desmotivação do profissional de saúde (BRASIL, 2004).

2.5.3 Concepção do usuário das terapias

A história e a crise da medicina atual minimizam o ser humano a um objeto, alienado como paciente em sua cidadania, na qual “a prática de cuidados [...] não eram dependentes de um sistema, menos ainda pertenciam a uma profissão”, e buscavam “assegurar a vida e recuar a morte”. Com mudanças na sociedade, o processo de saúde passou a se distinguir pelo “reducionismo biológico, o mecanicismo e o primado da doença sobre o doente”, e “as práticas de cuidados foram divididas” e, “o próprio objeto dos cuidados também foi isolado, parcelado, fissurado e separado das dimensões sociais e coletivas” (SCHVEITZER; ESPER; SILVA, 2012, p.443). Hoje, esta questão é criticada e problematizada na procura por cuidado holístico, sistêmico e interdisciplinar em um movimento social ressurgido de medicinas alternativas focadas em “racionalidades e práticas que partilham de uma perspectiva vitalista, centrada na experiência de vida do paciente, com ênfase no doente e não na doença; e integradora, de caráter não intervencionista” (SCHVEITZER; ESPER; SILVA, 2012, p.443).

Souza e Luz (2009, p.400) [grifos nossos] ponderam sobre a evolução histórica e a crise da medicina com olhar no agir terapêutico.

A cisão não se encontra mais entre o pensamento e a prática médica, mas sim no próprio interior da prática, no agir terapêutico, que passa a ser imposto ao médico por *tékhnē* pré-constituída, institucionalizada, voltada para a diagnose das doenças e limitando o espaço para o exercício da arte da cura. A invasão tecnológica na prática médica contribuiu para a formação da última importante cisão, agora no interior da milenar unidade relacional terapeuta/paciente. O uso da tecnologia médica mostra sua face obscura ao interpor-se entre o médico e o corpo do paciente, induzindo o alheamento entre os dois, *a alienação do paciente* em relação a seu próprio corpo e a fetichização dos equipamentos médicos, incluindo os fármacos.

Canguilhem (2005, *apud* NOGUEIRA, 2010, n.p.) formulam críticas à razão médica na sociedade contemporânea e diz que “a medicina se empenhou para se tornar uma ciência das doenças”, provocando “a dissociação progressiva entre a doença e o doente, tratamento dos doentes como objetos e não como sujeitos de sua doença”, e, ainda, o “desinteresse pelas tentativas de compreensão do papel e do sentido da doença na experiência humana”.

Tesser (2009), ao fazer considerações sobre a “má medicina”, explica que o paradigma da biomedicina e do autoritarismo médico, está na herança cultural e psicossocial enraizada no procedimento médico, desde o surgimento do hospital sendo considerado como uma instituição quase total, a exemplo dos manicômios, conventos e prisões, com reflexo na relação médico-paciente e no próprio conceito de paciente.

Desnecessário enfatizar que o autoritarismo [...] é vivido e praticado no ambiente, nas regras, nas relações e está embutido no imaginário social hospitalar, cristalizado em regras e normas inflexíveis. O médico, ao prescrever num hospital, não tem o paciente à sua frente, não fala com ele, não precisa explicar os diagnósticos e as condutas. [...] feita à prescrição, ela será automaticamente executada sobre um doente paciente e submisso, que receberá da enfermagem, uma curta resposta às suas perguntas sobre o tratamento: é para a dor, é contra a infecção. [...]. A atenção hospitalar é voltada para o risco biológico, e pouco tem a ver com a vida do doente pré-internação ou pós-alta. (TESSER, 2009, p.276-277).

Tendo em vista a necessidade de melhor compreender a situação usual do sujeito-usuário, Narvai et. al. (2008, *apud* VIANNA, 2012) explicam que as mudanças no processo saúde-adoecimento resultam não apenas de aspectos biológicos, mas das dimensões individual e coletiva, assim a condição de saúde precisa ser orientada em três dimensões: individual, sub-individual (nível biológico e orgânico, fisiológico ou fisiopatológico) e coletivo, entendendo a saúde-adoecimento como um fenômeno clínico e sociológico vivido culturalmente.

Já, Ceccim e Merhy (2009), ao avaliarem as práticas de atenção à saúde, compreendem as vivências em forma de sensação, sintoma, aflição, sofrimento e doença que busca cuidado profissional de saúde, e denunciam a nova oferta da medicalização, em que a humanização do corpo na saúde com as reificações na clínica, que paralisam a produção

de singularidade da vida. Neste sentido, lançam um desafio aos profissionais de saúde:

Em lugar de normalizar a vida, os trabalhadores de saúde podem participar da produção da vida, ali onde cada um pode gerar um cuidar de si, não para construir um jeito protocolar de viver, mas para construir seu modo original de viver. Essa seria uma clínica do corpo sem órgãos, onde cada indivíduo se sabe e seus cuidadores se sabem e o sabem em redes de fluxos, em redes intercessoras, em efeitos de encontro. No fio da navalha, portanto, outra proposta de corpo sem órgãos. Do corpo sem forças, débil, desvitalizado (ex-órgãos) para o corpo que corre riscos, que sente a vida de todas as maneiras. Na contemporaneidade, esse corpo humano pede socorro, não para sobreviver, mas para viver. (CECCIM e MERHY, 2009, p.540).

Merhy (2006, p.76-77) considera a humanização das práticas de atenção lembra que “cuidado é um acontecimento autopoietico”, utilizando a categoria da autopoiese para a compreensão da “micropolítica dos encontros” nos “processos relacionais entre sujeitos, individuais e/ou coletivos”, relações entre “cuidador-cuidado”. Autopoiese (do grego *autos* que significa auto e do grego *poiésis*, criação, fabricação), é uma definição que põe, “a autonomia do ser vivo no centro da caracterização da biologia”, criando a “possibilidade de considerar os seres vivos como dotados de capacidade interpretativa desde sua origem própria” (MATURNA; VARELA, 1997, p. 53). Deste modo, com a noção da autopoiese é possível “ressignificar as cenas dos encontros na produção do cuidado em saúde, que passam a ter novos sentidos” abrindo possibilidades, tempo e espaços ao “caminhar de um vivo/vida, que se produz em vida”, em “um movimento que tem que construir o sentido de um viver de modo contínuo, senão a sua característica de ser vivo se extingue” (MERHY, 2006, p.76-77).

Outro aspecto da concepção do usuário como ser humano em sua integralidade é a dimensão espiritualidade não reconhecida na medicina convencional ou alopática no ocidente. Entretanto, a “tradição da medicina oriental, por outro lado, busca integrar de forma explícita as dimensões religiosa e espiritual ao binômio saúde/doença” (FLECK *et al*, 2003, p.447).

A inclusão do eixo não material ou espiritual de saúde é foco da Organização Mundial de Saúde (OMS) (PANZINI *et al.*, 2007), e muda o olhar clássico para “um estado dinâmico completo de bem-estar físico, mental, *espiritual* e social e não meramente a ausência de doença” (WHO/MSA/MHP/98.2, 1998, p.4; WHO/WHA/52, 1999, p.4; grifo nosso). A espiritualidade também é reconhecida pela OMS, no instrumento “World Health Organization Quality of Life” (WHOQOL-100), que avalia Qualidade de Vida em 100 questões em seis domínios que agregam, “espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais” (FLECK, 1999).

2.6 O PA–HU–UFSC

Na próxima seção, é apresentado o panorama geral do PA.

2.6.1 Caracterização e objetivos do Projeto Amanhecer (PA)

O PA foi concebido em 1996, no interior do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por iniciativa da Dr^a. Beatriz Beduschi Capella, Diretora de Enfermagem do HU, e da Naturóloga Maria Alice Sturpp. Inicialmente denominado “Cuidando de Quem Cuida”, o programa tinha por objetivo geral oferecer terapias alternativas aos profissionais de enfermagem, que exerciam suas funções na Emergência do Hospital, devido às características do trabalho neste setor, visando melhorar qualidade de vida por meio das técnicas terapêuticas e, conseqüentemente, prestassem melhor atendimento aos pacientes. Em 2004, assumiu sua coordenação a Naturóloga e servidora do HU, Gilvana Pires Fortkamp. A partir desse momento, o PA passou a ter por objetivo geral despertar o olhar dos profissionais de enfermagem para o seu interior, com a intenção de despertar suas potencialidades, para que trabalhassem e vivessem melhor. Nesse momento, as terapias passaram a ser oferecidas não somente aos profissionais de enfermagem, mas à comunidade universitária da UFSC.

Nos dias atuais, o PA está vinculado à Coordenadoria Auxiliar de Gestão de Pessoas do HU que disponibilizou uma servidora técnico-administrativa para coordenar o projeto.

O projeto tem por objetivo contribuir para o reequilíbrio da saúde física, mental, emocional e espiritual de seus participantes. Mais especificamente, o projeto visa a alcançar aos seguintes objetivos:

- a) Oferecer um atendimento multidisciplinar com práticas interativas e complementares à comunidade universitária da UFSC, constituída por docentes, discentes e servidores técnico-administrativos em Educação e sociedade civil;
- 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;
- d) Promover cursos e eventos científico-culturais na área da saúde;
- e) Dar suporte aos participantes do Programa Núcleo da Terceira Idade, (NETI) e aos Voluntários da Associação dos Amigos do HU (AAHU), a empresas terceirizadas do HU e fundações vinculadas à Universidade e comunidade em geral. (HU, UFSC, 2012)

O projeto, além de oferecer PICs, tem três grupos de pesquisa: Apometria Quântica, Acupuntura e Laboratório de autoconhecimento. Todas as PICs são realizadas por profissionais voluntários.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos adotados para o alcance do objetivo desta pesquisa são destacados nesta etapa da dissertação, permitindo ao leitor entender como foi realizado o estudo e subsidiar futuros estudos que queiram replicar o presente tema.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Quanto à natureza, esta pesquisa é classificada como aplicada, pois segundo Silva e Menezes (2005, p. 20), visa a “gerar conhecimentos para a aplicação prática dirigida à solução de problemas específicos”. Em relação à abordagem, caracteriza-se como qualitativa, privilegiando-se o processo interpretativo analítico-descritivo que possibilitou descrever, analisar e correlacionar dados, fatos ou fenômenos de duas populações para o estabelecimento de relações das variáveis (GIL, 2010). De acordo com Roesch (1999), pesquisas qualitativas são indicadas na proposição de planos ou melhoria da efetividade de projetos de gestão, usando quase interpretações e descrições de fenômenos de gestão, quer da estrutura quer de processos organizacionais, enquanto, para Barbetta (2010), as pesquisas quantitativas permitem mensurar certo tipo de reação às variáveis selecionadas para o estudo por meio de técnicas estatísticas de análise dos dados. Do ponto de vista dos seus objetivos, a pesquisa descritiva permite “[...] descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (SILVA; MENEZES, 2005, p. 21).

Quanto ao procedimento técnico, é um estudo de caso que, nas palavras de Gil (2010, p. 72), é “caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado [...]”, ou em Yin (2001, p. 24), que adverte que o estudo de caso é um tipo de pesquisa que permite conhecer de forma profunda fenômenos organizacionais, e “[...] em muitas situações, para contribuir ao nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados”, ou ainda, como alerta Dyniewicz (2009) estudo de caso é um relevante método para tratar casos novos ou raros à comunidade científica. Além disso, a pesquisa foi de caráter empírico, construída por estudo de campo, diálogos e relações sociais com as pessoas (GIL, 2010).

3.2 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi delimitada ao PA, do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (PA/HU/UFSC), para se coletar dados e gerar informações para descrever e analisar as categorias no próprio ambiente, identificando-se as características dos atores no processo saúde-doença e projetos terapêuticos do PA-HU-UFSC. Os sujeitos da pesquisa foram os usuários⁴ ou participantes das terapias oferecidas em 2014 e 2015 e os profissionais voluntários⁵ que executam as TICs, mas não com enfoque na essência das técnicas terapêuticas do referido projeto.

3.3 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Os estudos científicos consideram ritos para dar ao pesquisador caminhos que sejam aceitos pela academia, podendo ser representado por uma questão de pesquisa ou hipóteses de estudo (SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK, 1987). Para esta pesquisa, optou-se por utilizar questão de pesquisa que, “[...] mostra uma situação necessitada de discussão, investigação, decisão ou solução” (KERLINGER, 1980, p.35), ou, “[...] significa um encaminhamento, com maior clareza, da teoria que alimenta o esforço do pesquisador” (TRIVIÑOS, 2006, p. 96).

3.3.1 Perguntas de pesquisa

As perguntas que nortearam o estudo estão relacionadas na sequência.

- a) Quais foram as PICs e os preceitos sociais disponibilizados pelo PA-HU-UFSC, nos anos de 2014-2015?
- b) Quais foram as interpretações dos usuários do PA-HU-UFSC, sobre as contribuições sociais das PICs e a gestão deste projeto no período supramencionado?
- c) Quais foram as avaliações dos PVs sobre as PICs e a gestão do PA-HU-UFSC?
- d) Há ajustes relevantes à melhoria da gestão do PA-HU-UFSC?

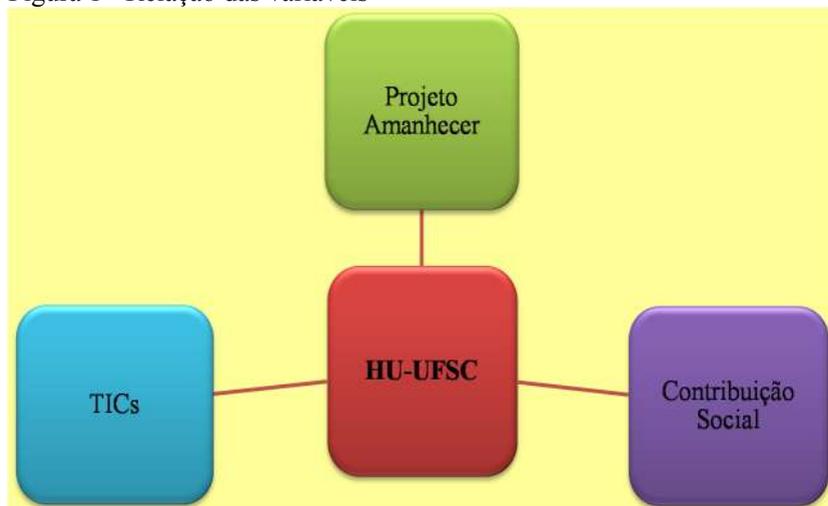
⁴ O instrumento de coleta de dados aplicado com os usuários pode ser verificado no APÊNDICE A.

⁵ O instrumento de coleta de dados aplicado com os Profissionais Voluntários pode ser visualizado no APÊNDICE B.

3.3.2 Relação das variáveis

A Gestão e as Práticas Integrativas e Complementares integrantes do PA do HU-UFSC foram os laboratórios desta pesquisa do PPGAU-UFSC. Optou-se por estabelecer uma relação biunívoca para esclarecer as interrogações que norteiam este estudo. Para tanto, considerou-se como variável independente em **Gestão Social**, e, variável dependente e, **Práticas Integrativas e Complementares**, que poderão ter interveniências, tanto do HU quanto da UFSC, pois as terapias realizadas no âmbito do PA, em sua maioria, não estão contempladas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). A literatura especializada alerta que a variável independente exerce influência sobre uma ou diversas variáveis dependentes (KERLINGER, 1980; LAKATOS; MARCONI, 2010), como se pode visualizar na Figura 1.

Figura 1 - Relação das variáveis



Fonte: elaborado pela autora (2015).

3.3.3 Definição constitutiva das variáveis

Gestão Social: relaciona-se com o conjunto de processos sociais em que a ação gerencial se desenvolve por meio de uma postura negociada entre seus atores, perdendo o caráter burocrático em função

da relação direta entre o processo administrativo e a múltipla participação social e política (TENÓRIO, 2006, p. 7) e, é praticada em qualquer sistema social (TENÓRIO, 2008). Tem sido encontrada mais sob os enfoques de “políticas sociais, de organizações do terceiro setor, do combate à pobreza e até ambiental”, em prejuízo da “discussão e possibilidade de uma gestão democrática, participativa” (TENÓRIO, 2006, p. 1.146) e, precisa “ênfatizar [...] as demandas do público-alvo”, destacando a “participação social [...] e a dimensão sociopolítica” (PAULA, 2005, p. 41).

Práticas Integrativas e Complementares: abordam as terapias contra hegemônicas ao modelo biomédico da medicina convencional (BATALHA, 2013) e, definidas como conjunto de “sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar e alternativa” (BRASIL, 2006, n.p.). As terapias alternativas consistem em práticas terapêuticas centradas em “racionalidades médicas e práticas que partilham de uma perspectiva vitalista, centrada na experiência de vida do paciente, com ênfase no doente e não na doença; e integradora, de caráter não intervencionista” (SCHVEITZER; ESPER; SILVA, 2012, p. 443).

Projeto Amanhecer: Projeto de extensão do HU-UFSC entendido como “um processo educativo, cultural e científico que articula o ensino e a pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universidade e Sociedade” (FORPROEX, 1987, p.11), com eixos nos seguintes objetivos:

- a) Oferecer um atendimento multidisciplinar com práticas interativas e complementares à comunidade universitária da UFSC, constituída por docentes, discentes, servidores técnico-administrativos em educação, terceirizados e a 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.
- d) Promover curso e evento científico-cultural na área da saúde.

3.3.4 Definição operacional das variáveis

Gestão Social: espaço público de deliberação, processo decisório deliberativo consensual, intersubjetividade, defesa de interesses comuns, participação de todos os atores sociais, interesse coletivo de caráter

público, contexto democrático, livre desenvolvimento, autointeresse, responsabilidade e solidariedade.

Práticas Integrativas e Complementares: promotora da autocura, saúde, emancipação, inclusão social, promoção de equidade ou de visibilidade e cidadania.

Projeto Amanhecer: assistência, educação e pesquisa em práticas integrativas e complementares e voluntariado.

3.4 POPULAÇÃO, AMOSTRA, NÍVEL E UNIDADE DE ANÁLISE

A população estudada foi estratificada de profissionais voluntários e de participantes ou beneficiários das TICs, segundo os dados do Relatório PA-HU-UFSC/2014 (Quadro 3).

Quadro 3 - atendimentos e profissionais voluntários do PA-HU-UFSC/2014

Dados dos atendimentos 2014			
Participantes/atendimento	Quantidade	Voluntários/atuação	Quantidade
Comunidade interna da UFSC	420	Espaço Coletivo	45
Comunidade externa da UFSC	215	Atendimento Individual	28
Não informou	064	Atividade em grupo	18
Total	699	Total	91

Fonte: Relatório PA-HU-UFSC 2014.

As duas amostras foram aleatória probabilística das populações do Quadro supracitado, adotando-se os procedimentos estatísticos definidos em Barbetta (2010, p. 57-60), Richardson (2007, p. 169-171) e Lopes (2016). O cálculo da amostra dos participantes do PA-HU-UFSC, foi realizado por meio da fórmula disponibilizada no *site* de Lopes (2016), conforme se pode visualizar na Figura 2.

Figura 2 -Cálculo da amostra dos participantes das TICs– PA-HU-UFSC 2014-2015

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Fonte: Lopes (2016).

N = x usuários do “Projeto Amanhecer” – HU-UFSC/2014-2015;

n = Amostra probabilística simples

$Z (\alpha/2) = 1,96$ (valor tabelado / distribuição normal padrão);
 $P = 0,50$ (percentual estimado ou de sucesso);
 $q = p - 1$ (complemento de p ou percentual de fracasso);
 $e = 7\%$ (Erro Amostral); e,
 $\alpha = 0,05$ (Nível de Significância).

Portanto,		
$Z (a/2) =$	1,96	Valor tabelado (Distribuição Normal Padrão)
$P =$	0.5	Percentual estimando
$q = 1-p$	0.5	Complemento de p
$e =$	0,07	Erro amostral
$\alpha =$	0,05	Nível de significância
População	699	
Amostra mínima	154	

3.5 TIPOS, TÉCNICAS DE COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

Os tipos de dados, a técnica de coleta e o tipo de tratamento foram os seguintes:

3.5.1 Tipos de dados

Os dados coletados foram de dois tipos:

a) Dados primários: são os dados coletados pela primeira vez, que para Mattar (2005, p. 159), ainda não foram coletados antes e são obtidos com o objetivo de atender às necessidades específicas da pesquisa em andamento, utilizando-se, neste estudo, o questionário semiestruturado para a coleta dos dados dos participantes e um roteiro de entrevista para a coleta das informações dos profissionais voluntários.

O questionário utilizado foi composto de 24 questões, com 23 questões fechadas e 1 aberta, no qual as questões fechadas seguiram a Escala de Likertem: excelente, bom, regular, ruim ou péssimo (APÊNDICE A). As 24 questões foram estruturadas: as perguntas de 01 até 13 elaboradas para conhecer o perfil, tempo de participação e a terapia que o participante optou para a melhoria de sua saúde; as questões 14 a 18 tratam a satisfação com o atendimento com as PICs; as

questões de 19 a 23 para saber a opinião da gestão do projeto e, finalmente, a 24 – aberta - para sugestões à gestão do PA-HU-UFSC.

Por sua vez, o roteiro da entrevista com os profissionais voluntários foi elaborado com 13 perguntas (APÊNDICE B).

As técnicas mencionadas têm base em Gil (2010, p. 117), quando diz que, na coleta de dados, o investigador “[...] se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que lhe interessam a investigação [...], é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação”.

b) Dados secundários: utilizaram-se documentos que deram sustentação histórica, normas de funcionamento, portarias e resoluções e relatórios do PA-HU-UFSC.

3.5.2 Técnica de coleta de dados

Para a coleta dos dados dos participantes, foi aplicado um pré-teste com dez usuários de anos anteriores ao definido para a pesquisa para corrigir falhas que prejudicassem o estudo e se ter a confiabilidade dos dados (RICHARDSON, 2007), tendo-se ajustado 4 perguntas. O primeiro passo foi enviar 699 e-mails, solicitando aos usuários cadastrados responder questionário no *Google docs*, o que foi monitorado para se fechar a coleta de dados no mês de novembro de 2015, com garantia de anonimato do respondente. Já, a entrevista com os voluntários foi pré-agendado e feito nas dependências do PA-HU-UFSC, adaptado do Modelo de Gestão Pública e de Gestão Social de Pimentel e Pimentel (2010), que defende dois estágios (Quadro 4).

Quadro 4 - Modelos de Gestão Pública e Gestão Social.

Categorias de Análise de Conteúdo da Extensão	Gestão Universitária na perspectiva da Administração Pública que incorpora princípios e práticas da Gestão Estratégica	Gestão Universitária na perspectiva da Gestão Social
Objetivo	Interesse Público.	Interesse Coletivo de Caráter Público.
Valor	Normativo	Cooperação Intra e interorganizacional.
Racionalidade	Instrumental; Burocrática.	Substantiva/comunicativa.
Protagonistas	Estado; Universidade.	Sociedade Civil Organizada.

Comunicação	Monológica/Dialógica, vertical com algumas horizontalidades; em tese sem restrição à fala.	Dialógica, com pouca ou nenhuma restrição ao direito de fala.
Processo Decisório	Centralizado/ <i>top down</i> com possibilidade de participação (<i>bottomup</i>).	Descentralizado, emergente e participativo/surge como construção coletiva.
Operacionalização	Estratégica, com foco em indicadores acadêmicos e sociais.	Social, com foco em indicadores qualitativos e quantitativos.
Esfera	Pública, Estatal.	Pública, Privada, Social e demais esferas.
Autonomia e Poder	Há coerção normativa entre os atores envolvidos.	Não há coerção, todos têm iguais condições de participação.

Fonte: Adaptado de Pimentel e Pimentel (2010, p.8).

Este modelo serviu de base para análise do estudo qualitativo desta pesquisa, no qual, apoiados nas categorias elencadas por Pimentel e Pimentel, para elaboração da entrevista com os PVs em relação ao modo de gestão do Projeto Amanhecer e retomaremos no capítulo de apresentação dos resultados.

3.5.3 Tratamento dos dados

Os dados do questionário foram tratados estatisticamente com o uso do SPSS v. 20, utilizando medidas de tendência central e de dispersão.

3.6 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

As limitações da pesquisa são em relação ao tipo de estudo, pois Estudo de Caso não permite a generalização dos resultados, bem como os resultados sobre a satisfação dos usuários e terapeutas em relação à gestão e sobre as do TICs são válidos para PA-HU-UFSC, dos anos 2014-2015.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DO PA-HU-UFSC 2014-2015

Este capítulo foi reservado para a apresentação e à análise dos resultados da pesquisa. Ele foi dividido em quatro partes. Inicia-se com a descrição do PA por ser o laboratório da pesquisa. Na segunda parte, interpretam-se os resultados da coleta de dados aplicados aos usuários das PICs. A terceira parte traz as interpretações das respostas dos voluntários sobre a gestão do PA. Complementam-se com a inter-relação das respostas dos usuários e os voluntários das PICs sobre o PA-HU-UFSC 2014-2015.

4.1 O PROJETO AMANHECER – PA-HU-UFSC

O PA iniciou as atividades em 1996, dentro do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, por iniciativas da Diretora de Enfermagem da época do HU e da professora de especialização em Naturologia, e nos primeiros quatro anos, foi chamado: *Cuidando de Quem Cuida*. O objetivo geral era oferecer terapias alternativas aos profissionais de enfermagem que exerciam as suas funções na Emergência do HU, em decorrência de cansaço, estresse, dores generalizadas e carência de atenção que sentiam, para que conquistassem melhor qualidade de vida por meio das técnicas terapêuticas e, assim, prestassem melhor atendimento aos pacientes. Os voluntários do programa eram alunos do curso de Especialização em Naturologia. Em 2004, assumiu a coordenação uma Naturóloga e servidora do HU (PROJETO AMANHECER, 2015).

Daquele momento, o PA-HU-UFSC passou a ter por objetivo geral o de despertar o olhar dos profissionais de enfermagem para o seu interior, com a intenção de dinamizar suas potencialidades, para que trabalhassem e vivessem melhores. Tempos depois, o PA adaptou seu modelo assistencial ao contexto acadêmico da UFSC, por meio do trabalho voluntário e de uma equipe multiprofissional em saúde, visando a desenvolver a atenção básica em saúde, atividades de extensão e de pesquisa. As terapias passaram a ser ofertadas para a comunidade universitária da UFSC (PROJETO AMANHECER, 2015).

O PA-HU-UFSC reviu o objetivo geral para ser o de contribuir para o reequilíbrio da saúde física, mental, emocional e espiritual de seus participantes e, também, de implantar programas de prevenção e manutenção da saúde, promover cursos e eventos científico-culturais

ligados à área da saúde, desenvolver pesquisa no campo das terapias integrativas, identificando-o como um compromisso com as mudanças necessárias a uma sociedade mais justa, humana, ética e igualitária.

No ano de 2006, o PA ficou inviabilizado de funcionar devido à realização de obras no espaço que ocupava no prédio de capacitação técnica do HU-UFSC, retomando em 2007. Neste mesmo ano, a Direção Geral do HU e a Secretaria do Estado de Santa Catarina firmaram parceria para utilização dos consultórios do PA, ao Programa de Residência Médica Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina, por três dias semanais, em meio período, para atendimento de, cerca de, vinte e quatro pacientes com transtornos psiquiátricos.

O PA está vinculado à Coordenadoria Auxiliar de Gestão de Pessoas (CAGP-HU), e, além de oferecer Práticas Integrativas e Complementares (PICs), constitui três grupos de estudos: a) Apometria Quântica, b) Acupuntura e, c) Laboratório de autoconhecimento.

Em 2012, assumiu a coordenação do PA a servidora técnico-administrativa, Marilda Nair dos Santos Nascimento, lotada na CAGP-HU, autora dessa pesquisa, sendo a responsável pelos contatos diários com os voluntários e o acolhimento aos participantes, o agendamento, a organização do espaço físico e pelas reuniões com os voluntários e colegiado gestor. O PA está localizado no Prédio anexo do HU-UFSC (FIGURA 3).

Figura 3 - HU e PA-HU-UFSC



Fonte: http://www.hu.ufsc.br/?galeria_de_fotos=hospital-universitario-professor-polydoro-ernani-de-sao-thiago

A coordenadoria conta com dois bolsistas, de vinte horas semanais, que dão suportes às atividades administrativas do PA.

4.1.1 As terapias oferecidas pelo Projeto Amanhecer

O agendamento para as terapias oferecidas pelo Projeto é realizado quatro vezes a cada ano. A comunidade é informada sobre as

datas dos agendamentos no início de cada bimestre, por meio digital (www.hu.ufsc.br/projomanhecer) e por divulgação nos e-mails da comunidade universitária. A seleção é realizada por ordem de chegada à sede do Projeto nos dias de inscrições, quando são solicitadas aos participantes doações de cremes de massagem, incensos, óleos essenciais, aromatizador de ambiente e suprimentos, como, biscoitos e cafés, que são utilizados no dia a dia do Projeto. Caso o número de interessados exceda o número de consultas disponíveis, é aberta uma lista de espera que contempla uma média de trinta solicitantes, que são atendidos quando os inscritos cancelam suas consultas.

Estão vinculados ao Projeto cento e vinte terapeutas voluntários de várias áreas, que oferecem terapias alternativas individuais e coletivas, bem como atividades em grupo. Dentre as terapias individuais estão: massagem; reflexologia; geoterapia; auriculoterapia; cromoterapia; reiki; apometria quântica; crâniosacral; psicologia; parapsicologia; astrologia; e, osteopatia. Por sua vez, as terapias coletivas são: reiki; apometria quântica; e, laboratório de autoconhecimento. As Terapias em grupo são: yoga; dança meditativa; ginástica holística; biodanza; acroyoga; om healing; amor em movimento; vivência de autocura e cura planetária; e, programa coração saudável. O PA oferece também três cursos bimestrais, quais sejam: tao yoga, reiki e astrologia vivencial.

As terapias oferecidas pelo projeto estão classificadas em dois tipos: Energossomática e consciencial. A primeira trata da constituição somato-energética, referindo-se à reeducação sobre o corpo e o campo de energia. Nesse sentido, o usuário acessa modalidades terapêuticas de medicina complementar ou da Naturologia, que possibilitam a integração de métodos naturais, focando a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde, a melhoria da qualidade de vida e o seu equilíbrio com o meio em que vive por meio de técnicas terapêuticas com a aplicação de florais; fitoterapia; massoterapia; acupuntura; reflexologia; aromaterapia; cromoterapia; arteterapia; argiloterapia; homeopatia; osteopatia; dentre outras.

Além disso, são disponibilizadas terapias energéticas como o Reiki e a Apometria Quântica. O Reiki é um método japonês de harmonização energética, a aplicação dessa técnica equilibra o corpo físico e espiritual, restaurando a saúde, proporcionando bem-estar tanto físico, como mental e emocional. O significado da palavra Reiki consiste em Rei, “energia universal”, e Ki, “energia vital”, que flui em todos os organismos vivos, enquanto que a Apometria Quântica é uma prática de diferentes técnicas e sistemas terapêuticos, que visam o desenvolvimento do ser, com a finalidade de auxiliar e ajudar a restabelecer o equilíbrio e

a harmonia emocional, mental, espiritual e energética beneficiando, dessa forma, a saúde física como um todo. O ser humano é formado por um campo quântico no qual a matéria, a energia, as emoções, os pensamentos, a mente, a alma e o espírito interagem em uma estrutura chamada consciência. Com a aplicação das técnicas pode-se projetar campos de energia de harmonização e equilíbrio, os quais tem a capacidade de interagir integralmente na estrutura do “campo quântico” do ser. Já, a terapia consciencial abrange a área psíquica, sendo que as modalidades para acompanhamento do usuário são: psicoterapia (abordagens: comportamental, sistêmica, Gestalt, entre outras), psicanálise e parapsicologia clínica, podendo incluir métodos que trabalhem em conjunto a unidade somato-energética. (HU, UFSC, 2012).

4.1.2 O público alvo

O PA foi fundado com o objetivo de atender às necessidades físicas, psicológicas e emocionais dos profissionais de enfermagem do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Diante da demanda existente, passou a oferecer terapias alternativas e complementares à comunidade universitária, composta por docentes, discentes e Servidores Técnico-administrativos em Educação. Em 2007, o PA realizou 1.980 consultas, das quais 80% dos participantes eram mulheres e 20% homens, 7,14% docentes, 24,13% discentes, 50,19% Servidores Técnico-administrativos em Educação e 19,54% outros (FORTUNATO; CIDRAL FILHO; FORTKAMP, 2007). No ano de 2010 foram agregadas as terapias coletivas: yoga, dança meditativa, arteterapia.

Conforme registros do PA, de março a novembro de 2012, foram realizadas 4.571 consultas. Desses participantes, 82% eram mulheres e 18% homens, sem limite de idade. Desse quantitativo, 2.874 consultas foram individuais, das quais 4,5% dos participantes eram docentes, 33% discentes, 21,5% Servidores Técnico-administrativos em Educação e 41% comunidade em geral. Além disso, foram prestadas, nesse período de tempo, 1.697 consultas coletivas de Reiki e Socorro Apométrico. Em 2013, foram realizadas 4.031 consultas individuais e 3.592 atendimentos no espaço coletivo em macas individuais, com práticas de Apometria Quântica e Reiki, totalizando 7.623 atendimentos. Foram 105 vagas para as atividades em grupo distribuídas entre: Dança Meditativa, Yoga, Programa Coração Saudável e Vivência de Autocura e Cura Planetária (HU, UFSC, 2014).

Além dos atendimentos individuais nos consultórios, também ocorre o atendimento com práticas energéticas em um espaço coletivo em que são oferecidas as modalidades de Apometria Quântica e Reiki, precisamente nas quartas-feiras, em que usuário é atendido por ordem de chegada em um espaço no qual estão organizadas 12 macas e que conta com vários terapeutas para atendimento individual dos participantes. São disponibilizadas 36 vagas para o Reiki e 60 vagas para atendimento com Apometria Quântica semanalmente.

4.1.3 Voluntariado

O voluntariado tem sua origem vinculada às entidades religiosas, devido aos seus princípios de caridade e ajuda aos mais necessitados e às virtudes cristãs, ou seja, que seria mais virtuoso dar que receber. Dessa forma, o serviço voluntário apresenta-se como uma manifestação da sociedade civil organizada, com vistas a contribuir com a transformação social. Conforme Tenório e Rozenberg (1997 *apud* TENÓRIO, 2004), a participação que se espera deve obedecer aos pressupostos da consciência sobre atos, à forma de assegurá-la e à voluntariedade. Em relação à consciência sobre atos, uma participação consciente é aquela em que o envolvido compreende o processo que está vivenciando, do contrário, é restrita. Quanto à forma de assegurá-la, a participação não pode ser forçada nem aceita como esmola, não podendo ser, assim, uma mera concessão. Na voluntariedade, o envolvimento deve ocorrer pelo interesse do indivíduo, sem coação ou imposição. Por sua vez, para a Associação Internacional de Esforços Voluntários (International for Volunteer Efforts - IAVE), o voluntário refere-se a um serviço comprometido com a sociedade e se alicerça na liberdade de escolha, promovendo um mundo melhor e se tornando um valor para todas as sociedades.

A Organização das Nações Unidas (ONU) define o sujeito “voluntário como aquele que, devido ao seu interesse pessoal e espírito cívico, dedica parte do seu tempo, sem remuneração, a diversas formas de atividades, organizadas ou não, de bem-estar social ou outros campos” (CORULLÓN, 1996, p. 3). O voluntário, nesse sentido, é uma pessoa que oferece seu trabalho, suas potencialidades e seus talentos em prol de uma ação de natureza social. Ao analisar o significado de voluntariado, quatro conceitos podem ser identificados: qualificação, satisfação, doação e realização. Eles estão entre os princípios fundamentais do trabalho voluntário: o reconhecimento a todos os cidadãos de se associarem, independentemente de sua raça, religião,

condição física, social e material; o respeito à dignidade e à cultura de todo ser humano; o dever de oferecer ajuda mútua de forma desinteressada e com espírito de fraternidade; a realização do trabalho como forma de realização pessoal; a atenção às necessidades das pessoas e da comunidade, bem como o estímulo ao espírito de responsabilidade social e encorajamento da solidariedade familiar e comunitária. O trabalho voluntário, na perspectiva da Gestão Social, apresenta uma série de desafios que precisam ser compartilhados, com vistas ao desenvolvimento de uma responsabilidade que o mantenha na perspectiva de gestão voltada ao bem comum.

4.1.3.1 O voluntário no PA-HU-UFSC

O trabalho dos voluntários do PA é regido pela Resolução Normativa n.º 034/2008, do Conselho Universitário da UFSC. De acordo com essa resolução, “considera-se serviço voluntário atividade não remunerada vinculada à área administrativa do Hospital Universitário, prestada por pessoa física” (UFSC, HU, 2008, n.p.). Esse serviço “deve ser realizado de forma espontânea, sem a percepção de contraprestação financeira ou de qualquer remuneração e não gerará vínculo empregatício com a Universidade, nem obrigações de natureza trabalhista, previdenciárias ou afins” (UFSC, HU, 2008).

Esta Resolução foi elaborada para regulamentar o trabalho dos voluntários da Associação Amigos do Hospital Universitário/AAHU, voluntário social, e dos profissionais em saúde que atuam nas unidades do HU, voluntário profissional. Essa normativa exige que os voluntários apresentem, além do plano de trabalho, os seguintes documentos: Diploma do curso de graduação; Certificado de Conclusão de Residência Médica, quando for o caso; documento de identidade; comprovante de inscrição no conselho regional da profissão, quando for o caso; bem como *Curriculum Vitae* documentado. Mesmo não referenciando neste documento, aos voluntários do PA foi orientado a utilização deste documento para assegurar o trabalho a que se propõem em Práticas Integrativas e Complementares.

No geral, os voluntários se interessam em participar do PA de duas maneiras: a) por meio do contato com outras pessoas que participam ou já participaram do Projeto, que o indicam. b) pelo fato de eles próprios terem sido atendidos pelos voluntários do Projeto anteriormente, haja vista o estímulo ao empoderamento, à autonomia, responsabilidade e reflexão quando do seu processo de reequilíbrio. Posteriormente, realizam cursos para capacitação em determinada

técnica ou terapia que tenha conhecimento e afinidade. Ao manifestar interesse em atuar como voluntário, geralmente, via e-mail, é solicitado apresentação de carta de intenção, currículo e documentos acerca da prática oferecida. É agendada uma reunião coletiva com todos os interessados, na qual são discutidos os seguintes aspectos: as expectativas de ambas as partes, se o trabalho voluntário oferecido está de acordo com os objetivos do Projeto, o significado do trabalho voluntário e esclarecimentos das Normas de Funcionamento.

Os voluntários dizem seus objetivos, bem como as demandas para o desenvolvimento de suas atividades, por meio de um simples projeto. Dando continuidade ao processo de ingresso no PA, são programadas reuniões individuais com os interessados em voluntariar, objetivando o encaminhamento da atividade propriamente dita, ou seja, o voluntário é encaminhado a atuar no consultório individual para atendimento à comunidade externa e, à comunidade interna, na qual o atendimento será direcionado aos próprios voluntários, ou acompanhando o trabalho de outro voluntário. Eles assinam o Termo de Adesão ao Programa de Serviço Voluntário no HU-UFSC (Resolução Normativa n.º 034/CUn/2008), que dispõe sobre a prestação de serviço voluntário no âmbito do Hospital da UFSC. Após a assinatura do termo, são providenciadas as agendas para as inscrições às terapias e, no início do ano, é organizado o calendário com todas as reuniões.

4.2 ANÁLISE DOS PARTICIPANTES DAS PIC's do PA-HU-UFSC 2014-2015

A percepção da Gestão e dos resultados das terapias das PIC's do PA-HU-UFSC na ótica dos participantes são relatados nesta etapa da pesquisa. Dos 166 instrumentos de coleta de dados devolvidos dos respondentes, foram considerados válidos 161 questionários para esta análise, ultrapassando-se os 154 questionários definidos no procedimento metodológico descrito no capítulo anterior. Os descartes de cinco instrumentos de coleta de dados foram feitos, ou porque foi assinalado em somente um dos extremos das alternativas, ou por ter a mesma resposta do questionário anterior, razões pelas quais estes descartes se fizeram necessários para se resguardar o rigor científico.

Destaca-se que não foram entrevistados participantes com menos de 18 anos, haja vista que os trâmites burocrático-legais à realização de estudos com menores de idade são lentos e não há garantia de aprovação ou liberação destes estudos pelo comitê da UFSC que possibilitasse a concretização da dissertação de Mestrado, porém dados secundários

(APÊNDICE C) permitem supor que não ocorreu prejuízo ao estudo em questão. Do mesmo modo, salienta-se que a coleta de dados foi efetuada no mês de novembro de 2015.

O PA-HU-UFSC atende seus participantes de forma integral, isto é, como ser humano nas dimensões biopsicossocial. Trata-os não somente sobre doença, mas os sintomas relatados por eles que podem contribuir no processo saúde-doença, considerando a qualidade de vida, resiliência, aspectos culturais e profissionais à solução das causas pela procura de tratamento e criando a capacidade de superação frente aos acontecimentos. Foi identificado no perfil dos 161 respondentes, que 66 afirmaram que fazem TICs no PA-HU-UFSC há menos de 1 ano, que 48 de um ano a dois anos, enquanto 47 já estão no projeto há mais de 2 anos, sendo que destes 14 há mais de 4 anos.

Na Tabela 1 verifica-se a inter-relação da faixa etária e gênero com o grau de escolaridade dos respondentes, na qual 139 são do sexo feminino e 22 do sexo masculino, e também que as faixas etárias de 18 a 28 e, de 28 a 38 anos, representam 69% (111/161) dos entrevistados do PA-HU-UFSC e, ainda que, destas faixas etárias, 86% são mulheres (96/111= 86,49%). A tabela mostra que 47 (29,19%), 31 (19,25%) e, 27 (16,77%) dos participantes do PA-HU-UFSC são graduandos ou estão cursando ou se pós-graduaram na UFSC ou em outra IES, respectivamente, sendo 30, 21 e 8 do sexo feminino. Outro dado relevante é que só dois respondentes homens têm escolaridade fundamental incompleto.

Tabela 1 - Faixa etária e o gênero dos respondentes relacionados ao seu grau de escolaridade.

Escolaridade	Faixa Etária / Gênero										Total
	de 18 a 28 anos		de 28 a 38 anos		de 38 a 48 anos		de 48 a 58 anos		+ 58 anos		
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
Fund. Completo	02						01		01		04
Médio Completo			05		02		03		01		11
Médio Incompleto							01		01		02
Sup. Completo	03		01		04		02				10
Sup. CompletoUFSC	04		02		01		02		02		12
Sup. Incompleto	07		01		03		01		01		15
Sup. IncompletoUFSC	03	21	01	04	01		01				31
Pós Graduação	04		02		08		01		03		27
Pós Grad. UFSC	06		01		30		02		05		47
Fund. Incompleto	02										02
Total	07	45	08	51	01	13	0	20	06	10	161
Feminino											139
Masculino											22

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Resultados encontrados por Gatti et al. (2015) apontaram o perfil de pacientes de um hospital privado que tinha terapias alternativas-complementares, no qual dos 237 pesquisados, 57,0% eram da faixa etária de 41 a 70 anos, portanto acima da faixa etária desta pesquisa. Supõe-se que o fato da gratuidade e o ambiente universitário do PA-HU-UFSC justifique essa a diferença de faixa etária.

Já, o estudo no Centro de Apoio ao Paciente com Câncer (CAPC), hospital terapêutico-religioso de Florianópolis testou a eficácia de terapias complementares e espirituais e constatou que a faixa etária dos usuários oscilou de 27 a 60 anos e média em 53 anos (AURELIANO, 2013). Supõe-se que a idade não representa a forma de segmentação, mas a gratuidade e o ambiente em que as TICs são disponibilizadas.

Quanto aos resultados sobre gênero dos respondentes do PA-HU-UFSC (Tabela 1), os dados não são distantes aos apresentados por Gatti et al. (2015), em que identificaram que de 237 pacientes, 61,0% 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 mínimo, no ano estudado, contra 63,9% dos homens.

Esta diferença pode estar associada às amarras culturais que concebe o homem como másculo, invulnerável e forte, e, assim procurar o serviço de saúde lhe associa à fraqueza, medo e insegurança, além do receio do diagnóstico de doença grave, resistência à exposição do corpo para o profissional de saúde e dificuldade em sincronizar seus horários vagos (GOMES; NASCIMENTO; PROVENZI, 2007; TONELI; SOUZA; MULLER, 2010; CAMPANUCCI; LANZA, 2011).

Destaca-se que o resultado encontrado por Gatti *et al* (2015) identificou que 70,0% dos entrevistados tinham graduação ou pós-graduação, enquanto, no presente estudo, viu-se que 91 (56,52%) dos usuários têm Ensino Superior, Pós-graduação completo ou são pós-graduando, sendo justificável porque o PA-HU-UFSC está no Campus da UFSC.

A Tabela 2 realça a situação profissional dos participantes e às formas que tomaram conhecimento do projeto e descobrir quantos fazem tratamento médico convencional.

Tabela 2 - Situação Profissional, tipo de recomendação e atendimento médico convencional.

Atendimento Médico	Recomendado por Amigos		HU-UFSC		Posto Saúde		Clínica Particular		Familiar		Internet		Seu Médico		Outros		Total	
	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não		
Situação Profissional	Aposentado	02	03	01					01		01		01				09	
	Autônomo	02	08	01			01				01				01		14	
	Comércio		04														04	
	Desempregado	01	04	01					01		01							08
	Estudante UFSC	13	33	01	04	02	01	03	03	04	01	01		03	02			71
	Func.Fed. UFSC	08			01				01		01	08			01			20
	Func. Estadual	02							01							03		06
	Func. Municipal	02														01		03
	Outros Func Fed.									01		03						04
	Sócio/Propriet.			01		01									01	01	02	06
	Outros	03	02							02		02		01		01	05	16
	Total	33	55	04	06	0	02	01	01	10	03	13	09	03	01	06	14	161
Entrevistados que fazem o tratamento médico convencional e também participam das PICs – PA-HU-UFSC																	70	
Entrevistados que somente participam das PICs – PA-HU-UFSC																	91	

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

A Tabela 2 mostra que 70 entrevistados têm acompanhamento médico convencional e participam do PA-HU-UFSC, enquanto 91 (56,53%) tratam-se somente no PA, e destes, 71 (44,09%) são alunos e 20 (12,42%) são funcionários da UFSC, mas há expressiva demanda do público externo à Universidade. Além disso, a maioria dos pesquisados foi indicado por amigos, isto é, 33 (20,49%), sendo 13 estudantes e 8 funcionários da UFSC e que, também, têm atendimento médico convencional, enquanto 55 (34,16%) só estão em tratamento no PA-HU-UFSC. Chama atenção que 21 obtiveram informação pela Internet.

Os números reforçam o fato do PA-HU-UFSC ser no Campus Universitário Trindade e gratuito. Verifica-se que médicos, posto saúde e clínicas recomendaram TICs do PA-HU-UFSC, indo ao encontro do estudo de Kulkampet *et al.* (2007) feito com 197 alunos de Medicina para avaliar o conhecimento e aceitação das PICs, sendo que eles afirmaram conhecer e, ainda, que mais de 50%, recomendariam as PICs aos futuros pacientes, ou na pesquisa de Machado, Czermainski e Lopes (2012), realizada com 15 coordenadores de unidades de saúde para saber suas percepções sobre as PICs, descobrindo que 10 já tinham indicado ou prescrito aos seus pacientes.

No outro lado, Gatti *et al.* (2015), em sua pesquisa, viram que apenas 29,0% dos usuários foram encaminhados por profissionais da saúde, enquanto que Thiago e Tesser (2011, p. 251) realçam que os

profissionais de saúde, especialmente médicos, “desconhecem as terapias complementares, apesar do interesse em conhecê-las e de aprovarem sua inclusão nos serviços públicos de saúde ou em cursos da área da saúde”.

A supracitada tabela mostra ainda que a maioria dos entrevistados não havia passado por atendimento médico, indo na direção das palavras de Soalheiro e Nunes (2004) que dizem que “as abordagens alternativas não existem para curar doenças, mas para preveni-las e para complementar um tratamento convencional”, porém, que o “ideal é não adotar uma postura radical, do tipo eu jamais vou a um médico convencional”.

Contudo, o médico Paulo de Tarso Lima, coordenador do Grupo de Medicina Integrativa do Hospital Israelita Albert Einstein, assevera em seu livro *Medicina Integrativa: a cura pelo equilíbrio*, em entrevista dada a Bueno (2013), que “a medicina integrativa resgata práticas antigas, sem negar os avanços da medicina convencional, e, que [...] a medicina integrativa não é a defesa de uma terapia complementar, mas sim a integração de vários esforços pensando no bem-estar do paciente”.

Todavia, este resultado pode ser interpretado como uma demonstração do atual cenário da saúde, ou seja, a dificuldade encontrada pelos pacientes para a realização de uma consulta médica, levando-os a buscar as alternativas disponíveis ou de mais fácil acesso. Destaca-se a necessidade de orientar os pacientes que as TICs não substituem o diagnóstico e o tratamento médico e, que muitas terapias feitas no PA-HU-UFSC não estão entre as definidas no PNPIC.

A Tabela 3 – Motivos para procurar o Projeto Amanhecer - permite ver as causas de demanda pelas TICs oferecidas no PA-HU-UFSC 2014-2015. A lista foi pré-selecionadas dos principais sintomas disponíveis na ficha de acompanhamento ou dados secundários do PA, sendo assim possível relacioná-los para os entrevistados assinalarem um ou mais causas que fizeram buscar atendimento no projeto, totalizando 486 respostas.

Observa-se que a ansiedade foi assinalada por 91 (18,72%) dos respondentes, seguido do autoconhecimento 82 (16,87%), estresse 73 (15,02%), desânimo 57 (11,73%), depressão 47 (9,67%), dores no corpo 42 (8,64%), cansaço 30 (6,17%), curiosidade 26 (5,35%), insônia 22 (4,53%) e síndrome de pânico 16; (3,29%). Cinco respondentes, além destas opções, escreveram que o objetivo era enfrentar o término de um relacionamento.

Tabela 3 - Motivos para procurar o Projeto Amanhecer

Síndrome	Múltipla Escolha		Respostas / N° de Entrevistados
	N° Absoluto	%	%
Ansiedade	91	18,72	56,52
Autoconhecimento	82	16,87	50,93
Estresse	73	15,02	45,34
Desânimo	57	11,73	35,40
Depressão	47	9,67	29,19
Dores no Corpo	42	8,64	26,09
Cansaço	30	6,17	18,63
Curiosidade	26	5,35	16,15
Insônia	22	4,53	13,66
Síndrome de Pânico	16	3,29	9,94
Total	486	100,00	486 / 161 (301,67)

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Este resultado corrobora com os achados de Brandtner e Bardagi (2010) que avaliaram os sintomas de ansiedade e depressão em 200 estudantes universitários e constataram que todos apresentavam altos índices de ansiedade, ou em Bueno (2013), quando indica que os transtornos mentais atingem cerca de 700 milhões de pessoas no mundo e representa 13% do total das doenças. A ansiedade é caracterizada pelo excesso de pensamentos negativos, sensação de aflição, incapacidade de relaxar, tensão e preocupação exagerada e atinge com frequência mulheres por motivos hormonais que afetam o cérebro e o corpo (VARELA, 2015).

Quando se olha a Tabela 4, constatam-se quais são as maiores demandas pelas TICs oferecidas no PA-HU-UFS. Para se conhecer essas demandas, foi solicitado aos respondentes assinalar as TICs que faziam, pois alguns fazem mais que uma terapia. Observa-se que a Apometria Quântica foi citada 114 vezes (24,78%), seguida do Reiki, 88 (19,13%), Floral, 45 (9,78%), Astrologia, 40 (8,70%), Psicologia, 37 (8,04%), Massoterapia, 23 (5,00%), Osteopatia, 21 (4,57%), Crânio Sacral, 15 (3,26%), Parapsicologia, 13 (2,83%), Homeopatia, 13 (2,83%), Reflexologia, 12 (2,61%), Auriculoterapia, 12 (2,61%), Frequência de Brilho, 8 (1,74%), Terapia Holística, 7 (1,52%), Qualidade de vida, 6 (1,30%), Programação Neuro-Linguística, 4 (0,87%), Geoterapia, 2 (0,43%), e EMF Balancing não foi citada, acredita-se pelo curto período de tempo que foi disponibilizada pelo PA e, ainda, que 15 citaram outras atividades como dança do ventre, amor em movimento e astrologia vivencial.

Tabela 4 - Terapias feitas pelos respondentes

Tipo de Terapia(s) Escolhida(s)	Múltipla Escolha		Respostas / N° de Entrevistados
	N° Absoluto	%	%
Apometria Quântica	114	24,78	70,81
Reiki	88	19,13	54,66
Floral	45	9,78	27,95
Astrologia	40	8,70	24,84
Psicologia	37	8,04	22,98
Massoterapia	23	5,00	14,29
Osteopatia	21	4,57	13,04
Crânio Sacral	15	3,26	9,32
Parapsicologia	13	2,83	8,07
Homeopatia	13	2,83	8,07
Reflexologia	12	2,61	7,45
Auriculoterapia	12	2,61	7,45
Frequência de Brilho	8	1,74	4,97
Terapia Holística	7	1,52	4,35
Qualidade de Vida	6	1,30	3,73
Programação Neuro-Linguística	4	0,87	2,48
Geoterapia	2	0,43	1,24
EMF Balancing	0	0	0
Total	460	100	460 / 161 (285,72)

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

O predomínio na realização de Apometria Quântica e Reiki era esperado pela grande quantidade de terapeutas voluntários especialistas nestas áreas, portanto, há disponibilidade de vagas abertas às inscrições, tanto para comunidade universitária como para sociedade geral, sendo disponibilizadas as modalidades: individual e coletiva. São oferecidas cerca de 90 vagas para Apometria Quântica e 43 vagas para Reiki, respectivamente, com tempo de 30 e 60 minutos cada sessão.

Por sua vez, a Tabela 5 demonstra as demandas pelas terapias realizadas em grupo. Verifica-se que 36 (30,25%) participantes fazem Yoga, 16 (9,93%) participam da Dança Meditativa, 14 (8,69%) Acroyoga, 13 (8,07%) Vivência de Autocura e Cura Planetária, 7 (4,34%) Biodanza, 6 (3,72%), Om Healing, 5 (3,10%), Ginástica Holística, 4 (2,48%) Programa Coração Saudável, 3 (1,86%).

As atividades em grupo do PA-HU-UFSC são feitas de manhã, tarde e noite. Como os frequentadores destas atividades são alunos e/ou funcionários da UFSC, verifica-se que os três turnos contribuem para a democratização do projeto, até mesmo porque dados secundários mostram que os cursos de Yoga noturno são os de maior demanda.

Tabela 5 - Atividades realizadas em grupo no PA-HU-UFSC

Atividades Grupais	Múltipla Escolha		Respostas / N° Entrevistados
	N° Absoluto	%	%
Yoga	36	30,25	22,36
Dança Mediática	16	13,45	9,94
Acroyoga	14	11,76	8,70
Vivência de Autocura e Cura Planetária	13	10,92	8,07
Biodança	7	5,88	4,35
OmHealing	6	5,04	3,73
Ginástica Holística	5	4,20	3,11
Programa Coração Saudável	4	3,36	2,48
Roda da Cura	3	2,52	1,86
Outras (diversas)	15	12,61	9,32
Total	119	100,00	119/161 (73,91)

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Já, a Tabela 6 realça a demanda pela realização de cursos no PA-HU-UFSC. Os dados mostram que 16 pessoas cursaram Tao Yoga, 14 de Astrologia Vivencial, 11 de Reiki, 01 de Life Coaching, 120 não realizaram nenhum curso e 4 afirmaram terem feito outros cursos.

Tabela 6 - Cursos feitos pelos usuários do PA-HU-UFSC

Cursos Realizados no PA-HU-UFSC	Múltipla Escolha		Respostas / N° de Entrevistados
	N° Absoluto	%	%
Tao Yoga	16	34,78	9,94
Astrologia Vivencial	14	30,43	8,70
Reiki	11	23,91	6,83
Life Coaching	1	2,17	0,62
Outros (diversos)	4	8,70	2,48
Total	46	100,00	46 / 161 (2,48%)

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Salienta-se que os cursos de Life Coaching e Astrologia Vivencial foram feitos no período matutino, Reiki nas manhãs e tarde dos sábados e o Tao Yoga no período noturno. O número expressivo de usuários que afirmaram não ter realizado nenhum curso era esperado, dada pela baixa oferta de cursos que ocorre, na sua maioria, uma vez ao ano. É oportuno mencionar que não é a finalidade do curso formar profissionais e, sim, contribuir ao autoconhecimento dos participantes.

4.2.1 Análise das PICs recebidas no PA-HU-UFSC

Aos usuários do PA-HU-UFSC foram feitas cinco questões relacionadas com as PICs. Na análise da Tabela 7, visualiza-se que as médias são altas, lembrando que a escala varia de péssimo a excelente e

que foi transformada em uma escala intervalar de 1 a 5. Por essa razão, pode-se afirmar que há uma boa satisfação com relação às impressões dadas pelos usuários do PA. A variável que atingiu maior média foi nível de confiança de atendimento realizado ($M= 4,70$, e, $d.p.= 0,501$), sendo que a menor nota foi 3. Além disso, a questão de alterações de bem-estar sentidas pelos usuários com as PICs ($M= 4,50$ e, $d.p.= 0,593$) tem moda e mediana de 5, indicando que mais da metade dos respondentes assinalaram como excelente essas questões (Tabela 7).

Tabela 7 - Satisfação dos usuários sobre os atendimentos nas PICs PA-HU-UFSC 2014-2015

Atendimentos nas PICs (PA-HU-UFSC)	Média	Desv. Pad.	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Nível Confiança. Atend.	4,7	0,501	5	5	3	5
Alterações de Bem Estar	4,5	0,593	5	5	3	5
Nível de Solução	4,4	0,606	4	4	3	5
Nível de Superação	4,24	0,657	4	4	2	5
Opinião de Pessoas Próximas	4,18	0,641	4	4	2	5

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Estudo realizado por Gatti (2015) constatou que 78% dos usuários julgaram as terapias realizadas como bom e ótimo. As demais questões também tiveram médias altas. O nível de solução, em relação ao motivo da consulta, após atendimento com as Práticas Integrativas Complementares teve média de 4,40 ($d. p.= 0,606$). Essa questão também teve como menor avaliação nota de 3 (regular), e as demais tiveram como mínima 2 (ruim). As questões eram o nível de superação, considerando ocorrências semelhantes em relação ao motivo pela consulta anteriormente tratado ($M= 4,24$, $d. p.= 0,657$) e a opinião das pessoas próximas a você sobre as mudanças em seu modo de viver ($M= 4,18$, $d. p.= 0,641$).

Este efeito era esperado, pois o resultado das terapias também depende do usuário e do quanto ele está aberto à mudança. Souza *et al* (2011, p. 686), em estudo realizado com o objetivo de investigar a contribuição da terapia comunitária no processo saúde-doença dos usuários, concluíram que as práticas terapêuticas contribuem no processo saúde-doença por valorizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças, e por ser uma ferramenta que “possibilita uma escuta qualificada do sofrimento psíquico dos participantes, contribuindo para o seu alívio e um maior empoderamento daqueles que dela participam.”

O PA, ao disponibilizar terapias alternativas individuais e em grupos e na forma de atendimento terapêutico em espaço coletivo,

acolhendo cerca de 90 terapeutas voluntários, vem contribuindo de modo singular às necessidades das pessoas, em suas dimensões biopsicossocial e espiritual, priorizando a saúde e a emancipação dos usuários. O Projeto incorpora racionalidades específicas, tais como: o paradigma centralizado na saúde e não na doença; singularidade do ser humano autopoiético como o centro do projeto terapêutico; a concepção do usuário como um ser humano biopsíquico, social e espiritual; autonomia do usuário no processo de autocura; promoção do autoconhecimento e da autoeducação, favorecendo o processo de reconstrução da própria saúde; relação humanizada terapêutica-cuidador e usuário-cuidado.

4.2.2 Análise da Gestão do PA-HU-UFSC

As próximas sete perguntas estão relacionadas à maneira como cada usuário percebe o impacto da gestão do PA-HU-UFSC em alguns aspectos. A Tabela 8 revela que as médias dessas questões são altas, assim como as médias da bateria de questões mencionadas anteriormente. Nesse caso, algumas questões tiveram médias menores do que quatro.

Tabela 8 - Satisfação dos participantes sobre a gestão do PA-HU-UFSC2014-2015

Gestão do PA-HU-UFSC	Média	Desv. Pad.	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Acolhimento	4,72	0,604	5	5	1	5
Terapeutas Voluntários	4,66	0,547	5	5	3	5
Esclarecimentos Recebidos	4,36	0,703	4	5	2	5
Localização	4,17	0,826	4	4	1	5
Espaço Físico	4,11	0,698	4	4	2	5
Informações Adquiridas	3,94	0,804	4	4	1	5
Modo de Agendamento	3,78	1,018	4	4	1	5

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

A questão mais bem avaliada foi com relação ao acolhimento no PA ($M= 4,72$, $d. p.= 0,604$), com mediana e nota 5, a maioria assinalou nota máxima com relação a esse item. Uma pessoa assinalou a nota mínima (1) nesse item. Logo após, vem a avaliação de terapeutas voluntários ($M= 4,66$, $d. p.= 0,547$). Esse item tem menor média que o anterior, mas ninguém avaliou esse aspecto como péssimo ou ruim. As 2 questões tiveram mais pessoas apontando excelente de nota do que a soma de todas as outras, 126 para acolhimento e 113 para avaliação dos

terapeutas voluntários. A questão sobre esclarecimentos recebidos com relação às práticas que fez no PA teve média de 4,36 (d. p.= 0,703).

Questões mais logisticas como de localização (M = 4,17, d. p. = 0,826) e espaço físico do PA (M = 4,11, d. p. = 0,698) receberam médias parecidas. Ambas tiveram o valor de bom como o mais apontado (moda = 4). As questões de pior avaliação, mas ainda assim bem avaliadas, foram com relação às informações adquiridas sobre o funcionamento do PA (M= 3,94, d. p.= 0,804) e com relação ao modo de agendamento das terapias (M= 3,78, d. p.= 1,018). Isso demonstra que esses aspectos podem ser trabalhados para aumentar ainda mais a avaliação de seus usuários.

Para Barreto (*apud* BATALHA, 2013, p.18), é necessário abordar o aspecto não somente da cura e do tratamento, mas do acolhimento ao sofrimento humano, asseverando que “muitas práticas complementares focam a atenção no acolhimento do sofrimento, na dor da alma, permitindo que as pessoas possam digerir uma ansiedade que se não for metabolizada traz grandes riscos para a saúde”, corroborando Schweitzer, Esper e Silva (2012) ao destacarem que o cuidado que promove o resgate pelo indivíduo da sua capacidade natural de autopromoção de saúde deve ser humanizado.

Já os terapeutas Gatti *et al* (2015) discorrem que o preparo do terapeuta e a relação interpessoal mediada pela comunicação podem contribuir para aumentar a satisfação do paciente com o tratamento, além de criar uma expectativa de resultado positivo. É relevante que os terapeutas busquem o bom relacionamento com os usuários. Com relação aos esclarecimentos recebidos acerca das práticas terapêuticas realizadas, sobre o funcionamento do PA e com relação ao modo de agendamento das terapias, este resultado era esperado, uma vez que o PA possui como colaboradores na área administrativa, os bolsistas. Eles podem ter somente dois anos para ficar com a bolsa e, caso não se adaptem ao serviço, podem sair a qualquer momento, o que culmina em uma alta rotatividade. Além disso, há a necessidade de atualizar o *site*, incluindo todas as terapias oferecidas. No que se refere à localização e o espaço físico, este resultado era esperado. A localização não tem projeto de mudança, mas, para o espaço, há possibilidades de ampliação com a saída de alguns serviços que funcionam ali temporariamente.

4.2.3 Testes de diferença

Para melhor entender as diferenças existentes nas avaliações sobre o PA, foram feitos testes ANOVA para entender se algumas

informações sobre os respondentes impactam na forma como se posicionam com relação a algumas questões. A análise de variância será o teste que buscará entender se as médias são diferentes com relação aos grupos analisados. Em um primeiro momento, são relatadas cinco questões que avaliaram o atendimento das PICs e, no transcorrer da dissertação, são interpretadas as sete respostas sobre a qualidade da Gestão do PA-HU-UFSC.

O Teste ANOVA no contexto serve para verificar se existe alguma diferença na média da avaliação de um item, levando-se em consideração um grupo ou categoria que ela pertença (HAIR *et al.*, 2009). Os testes consideram o valor p igual ou menor a 0,05, como linha de corte, ou seja, se o teste tiver esse valor, será uma diferença considerada significativa. Optou-se por apresentar somente os casos em que há diferença significativa ou que ficou próximo disso. As recomendações de pressupostos do teste são para alertar para que não haja poucos elementos dentro de uma categoria que impacte nos resultados. Com exceção de escolaridade, os demais grupos têm ao menos 20 respondentes. O teste *post hoc* utilizado foi o de DMS, e as questões sobre o gênero, escolaridade e o fato de ser ex-aluno ou não da UFSC não tiveram casos de diferença e, portanto, não são apresentados.

4.2.3.1 Hiatos no Atendimento com PICs

a) Diferença de Atendimento com Relação à Faixa Etária

Com relação à faixa etária dos usuários respondentes, apenas a questão de percepções de bem-estar apresentou diferença (Tabela 9). Os mais jovens na pesquisa perceberam um bem-estar maior ($M= 4,67$, $d. p.= 0,513$), enquanto quem tem entre 28 e 38 anos ($M= 4,42$, $d. p.= 0,563$) e de quem tem mais de 38 anos ($M= 4,42$, $d. p.= 0,673$).

Tabela 9 - Percepção do bem-estar x faixa etária dos participantes PA-HU-UFSC 2014-2015

	N	Média	Desvio Padrão	F	valor p
De 18 até 28 anos ^{ab}	52	4,67	0,513	3,245	0,042
Mais de 28 até 38 anos ^a	59	4,42	0,563		
Mais de 38 anos ^b	50	4,42	0,673		
Total	161	4,5	0,593		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Sendo: a = $p < 0,027$ e, b = $p < 0,031$.

A diferença apontada nos resultados pode estar relacionada ao fato de que, conforme os registros documentais do PA-HU-UFSC, muitas das buscas são motivadas por problemas emocionais e, assim sendo, os jovens, em geral, tem maior facilidade de obter resultados positivos com terapias, enquanto que os que tem mais idade possuem problemas há mais tempo, por vezes, crônicos, que pode levar mais tempo para resultados positivos. Outrossim, pressupõe-se que os adultos são mais carregados de crenças.

Sobre isso, o estudo feito por Faqueti (2014), com objetivo de entender a percepção de usuários das TICs, conclui que todos os entrevistados apontaram melhoras e alívios dos sintomas, mesmo temporariamente. Alguns dos usuários relataram outros efeitos positivos associados, como bem-estar, diminuição das preocupações, estresse e ansiedade e melhora da angústia, tristeza e do sono. É oportuno citar que não foram encontrados na literatura pesquisada estudos que justificassem este resultado.

b) Diferença de Atendimento em Relação à Forma que conheceu o PA-HU-UFSC

Quando se dividem os respondentes entre aqueles que tomaram ciência do PA-HU-UFSC por recomendação de amigos e por outros métodos, o resultado é que aquelas pessoas que tiveram recomendação por amigos deram uma nota maior ($M= 4,82$, d. p.= 0,417) do que quem teve conhecimento do PA por outros métodos ($M= 4,56$, d. p.= 0,549) com relação ao nível de confiança do atendimento, conforme se visualiza na Tabela 10.

Tabela 10 - Nível de confiança sobre o atendimento no PA-HU-UFSC (2014-2015)

	N	Média	Desvio Padrão	F	Valor p
Amigos	83	4,82	0,417	11,111	0,001
Outro Método	78	4,56	0,549		
Total	161	4,5	0,593		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

A referida tabela revela que o fato de os participantes terem sido indicados por amigos contribuiu para que a avaliação fosse maior em relação aos que vieram por outros métodos, como: indicado pelo Hospital Universitário ou Internet. Fica evidente que o foco das

habilidades de comunicação, troca de experiências, amizade, empatia, carinho e vontade de ajudar o outro, apresentam-se como fundamental neste caso e contribui para a credibilidade do programa.

c) Diferença de atendimento com relação a tratamento médico anterior

A Tabela 11 permite visualizar os dados referentes à percepção do bem-estar dos que buscaram atendimento médico. Quanto ao fato se o usuário do PA-HU-UFSC que já tinha procurado atendimento para o motivo que levou essa pessoa ao projeto, nenhum dos itens produz resultado significativo com $p < 0,05$. A percepção de alterações de bem-estar dá um resultado marginalmente significativo ($p < 0,072$), indicando que há evidência de que a amostra de quem não buscou tratamento médico anterior ($M = 4,58$, d. p. = 0,539) percebeu um maior aumento de bem-estar daqueles que buscaram algum tratamento anterior ($M = 4,41$, d. p. = 0,649).

Tabela 11 - Percepção do bem-estar daqueles que procuraram atendimento médico

	N	Média	Desvio Padrão	F	Valor p
Sim	69	4,41	0,649	3,299	0,071
Não	92	4,58	0,539		
Total	161	4,5	0,593		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Este resultado era esperado, pois como citado anteriormente, os problemas emocionais são os que mais motivam a busca pelas terapias do PA. Quando chega ao PA-HU-UFSC, o interessado é acolhido e as terapias são feitas, o que, conseqüentemente, aumenta a sensação de bem-estar, mesmo sem ter buscado atendimento médico, havendo consenso de que algumas PICs são efetivas para certos tratamentos (OTANI; BARROS, 2011; THIAGO; TESSER, 2011; MACHADO; CZERMAINSKI; LOPES, 2012; GRANDO *et al*, 2013). Realça-se que não foi objetivo desta dissertação se buscar saber detalhadamente a relação de cada uma das TICs na ótica dos respondentes, porém, esta investigação pode ser efetivada em outros trabalhos.

d) Nível de atendimento com relação a tempo que faz o curso

A Tabela 12 traz os resultados da inter-relação de tempo que o respondente tem atendimento no PA-HU-UFSC. Quando se leva em conta o tempo que o participante faz as atividades e os cursos do PA-HU-UFSC, três itens apresentaram diferenças significativas, levando em consideração esse tempo. O primeiro foi o nível de confiança no atendimento ($F= 4,309$, $p < 0,0151$). Os participantes que estão há menos de um ano em tratamento têm a avaliação menor (mesmo sendo elevada), isto é, ($M = 4,56$, d. p. = $0,585$), do que quem é usuário acima de um ano ($M= 4,77$, d. p.= $0,425$), quanto quem estava há mais de dois anos ($M= 4,81$, d. p.= $0,398$).

Tabela 12 - Nível de confiança no atendimento PA-HU-UFSC por tempo de tratamento

	N	Média	Desvio Padrão	F	Valor p
Menos de 1 ano ^{ab}	66	4,56	0,585	4,309	0,015
De 1 a 2 anos ^a	48	4,77	0,425		
Mais de 2 anos ^b	47	4,81	0,398		
Total	161	4,7	0,501		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Sendo: a = $p < 0,026$ e, b = $p < 0,010$.

Este resultado era esperado, pois, na medida em que o participante vai fazendo uso das TICs, ele vai conhecendo não apenas a terapia como os seus resultados, permitindo supor que o funcionamento do projeto deve ser a chave para o aumento de confiança.

e) Nível de Solução com Base no Tempo que Recebe Atendimento no PA

Já, a Tabela 13 permite ver o nível de solução dos problemas psicológicos procurados nas TICs do PA-HU-UFSC. Verifica-se que, apesar do valor p de $0,061$, testes posteriores indicaram que a média de quem está há menos de um ano ($M= 4,27$, d. p.= $0,646$) é inferior somente para aqueles que estão em TICs há mais de dois anos ($M= 4,53$, d. p.= $0,546$).

Tabela 13 - Contribuição para solução psicológica do participante PA-HU-UFSC por tempo de tratamento

	N	Média	Desvio Padrão	F	Valor p
Menos de 1 ano*	66	4,27	0,646	2,853	0,061
De 1 a 2 anos	48	4,46	0,582		
Mais de 2 anos*	47	4,53	0,546		
Total	161	4,4	0,606		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Sendo: * $p < 0,026$.

Ao que parece a opinião das pessoas próximas sobre o seu modo de viver traz efeito após dois anos, como visto na Tabela 12, pois como se viu: quem está no projeto há mais de dois anos avaliou melhor do que quem está há menos de um ano.

f) Satisfação sobre o atendimento em relação a quem faz atividade de grupo

Na Tabela 14 questiona-se sobre as opiniões de pessoas próximas: aqueles que fizeram alguma atividade em grupo indicaram marginalmente uma melhor avaliação ($M= 4,59$, d. p.= 0,546) do que quem respondeu não fazer nenhuma atividade em grupo ($M= 4,42$, d. p.= 0,624).

Tabela 14 - Opinião de pessoas próximas dos usuários de atividades em grupo PA-HU-UFSC 2014-2015

	N	Média	Desvio Padrão	F	Valor p
Nenhuma	85	4,42	0,624	3,29	0,072
Alguma	76	4,59	0,546		
Total	161	4,5	0,593		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

g) Diferença de atendimento com relação a quem faz outro curso

A Tabela 15 demonstra que há indícios que quem faz algum curso ($M = 4,33$, d. p. = 0,650) apresenta maior avaliação de pessoas próximas sobre as mudanças no modo de viver após atendimento com as PICs do que quem não faz nenhum curso ($M = 4,13$, d. p. = 0,632).

Tabela 15 - Opinião de pessoas próximas dos participantes de cursos do PA-HU-UFSC 2014-2015

	N	Média	Desvio Padrão	F	Valor p
Nenhum	119	4,13	0,632	3,291	0,072
Algum	42	4,33	0,65		
Total	161	4,18	0,641		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

h) Diferença de atendimento com relação à quantidade de terapias realizadas

Na Tabela 16, agrupou-se a quantidade de terapias feitas pelos respondentes para verificar se a quantidade de terapias impacta em alguma das avaliações feitas.

Tabela 16 - Solução pelas terapias dos participantes PA-HU-UFSC 2014-2015

	N	Média	Desvio Padrão	F	Valor p
1 Terapia*	37	4,39	0,599	2,363	0,097
2 Terapias*	48	4,08	0,794		
3 ou Mais Terapias	76	4,26	0,574		
Total	161	4,24	0,659		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Sendo: * = $p < 0,036$.

Uma das diferenças observadas foi o nível de superação, pois quem fez duas terapias ($M = 4,08$, d.p. = 0,794) tem percepção positiva maior do seu nível de superação, do que quem fazia apenas uma terapia ($M = 4,39$, d.p. = 0,599), recordando a Tabela 4 que mostrou que em sua maioria quem fez apenas uma terapia, fez Apometria Quântica.

i) Diferença na opinião de pessoas próximas com base no número de terapias

Na Tabela 17, visualizam-se os resultados para opiniões de pessoas próximas que reforçam a diferença que há entre quem faz duas terapias e quem faz três ou mais. Especificamente, quem faz mais terapias ($M = 4,28$, d. p. = 0,685) refere perceber uma melhor opinião das pessoas próximas a ela do que quem faz duas terapias ($M = 4,00$, d. p. = 0,619).

Tabela 17 - Diferença na opinião de pessoas próximas com base no número de terapias

	N	Média	Desvio Padrão	F	Valor p
1 Terapia	37	4,22	0,54	2,877	0,059
2 Terapias*	48	4	0,619		
3 ou Mais Terapias*	76	4,28	0,685		
Total	161	4,18	0,643		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Sendo: * = $p < 0,021$.

j) Diferença de atendimento com relação à situação ocupacional atual

Na Tabela 18, pode-se observar que apenas uma diferença emerge, quando se fala da situação ocupacional dos usuários do PA-HU-UFSC. A divergência surge com relação ao nível de confiança no atendimento dos participantes, quando se visualiza os estudantes ($M=4,81$, d. p.= 0,398) que apresentam maior confiança do que funcionários da UFSC, no momento da coleta de dados ($M=4,52$, d. p.= 0,602).

Tabela 18 - Nível de confiança por situação ocupacional dos participantes PA-HU-UFSC 2014-2015

	N	Média	Desvio Padrão	F	Valor p
Estudante*	67	4,81	0,398	2,562	0,057
Funcionário da UFSC*	21	4,52	0,602		
Autônomo/Proprietário	21	4,57	0,507		
Demais	52	4,71	0,504		
Total	161	4,71	0,484		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Sendo: * $p < 0,020$.

4.2.3.2 Testes de diferença das médias do modo de gestão do PA-HU-UFSC

A próxima fase foi verificar se as avaliações relacionadas à qualidade da forma de gestão do PA-HU-UFSC variam de acordo com os grupos e atividades que os respondentes assinalaram. Dentro do mesmo princípio da seção anterior, são apresentadas as situações em que apresentam indícios que as médias variam entre os grupos. Não há diferenças se o usuário é ou era aluno da UFSC e se já tinha procurado atendimento médico, razões pelas quais, não há seção para essas variáveis.

a) Diferenças de avaliação do modo de gestão com relação à faixa etária

A Tabela 19 permite visualizar a avaliação por faixa etária em relação à qualidade e à forma de gestão do PA-HU-UFSC. Em geral, não há diferenças significativas na forma como os usuários se posicionaram nas faixas etárias para avaliarem o modo de gestão do projeto. O ponto que chama atenção foi sobre o modo de agendamento, na ótica das pessoas de 28 a 38 anos ($M= 3,56$, d. p.= 1,071) e daquelas com mais de 38 anos ($M= 3,98$, d. p.= 3,98). O grupo de faixa intermediária na pesquisa tem a pior avaliação, do que a do grupo mais experiente.

Tabela 19 - Satisfação sobre o agendamento PA-HU-UFSC 2014-2015 versus faixa etária

	N	Média	Desvio Padrão	F	Valor p
De 18 até 28 anos	52	3,83	0,944	2,447	0,09
Mais de 28 até 38 anos*	59	3,56	1,071		
Mais de 38 anos*	50	3,98	1		
Total	161	3,94	0,804		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Sendo: * $p < 0,033$.

Este resultado expressa em números o observado na prática, ou seja, a insatisfação dos usuários com relação ao modo de agendamento. Tem-se ciência dessa insatisfação e, encontra-se em estudo outro modo de inscrição, porém o que dificulta é que, dado o número de terapias ofertadas e a possibilidade de inscrição em mais de uma terapia, busca-se evitar que o usuário tenha que se dirigir ao PA-HU-UFSC mais de uma vez nos bimestres para a inscrição.

b) Diferenças de avaliação do modo de gestão com relação ao gênero

Por sua vez, a Tabela 20 revela uma diferença que emergiu, quando foram feitos os testes em relação ao gênero dos respondentes sobre a qualidade e estilo de Gestão do PA-HU-UFSC. Os testes com relação a essa variável precisam ser tomados em cuidado, porque, na amostra, há um número baixo de homens, isto é, 22. Os resultados mostram que as mulheres têm uma maior satisfação ($M= 3,99$, d. p.=

0,854), do que os homens sobre as informações adquiridas dos cursos ($M= 3,59$, $d. p.= 0,785$).

Tabela 20 - Satisfação sobre as informações adquiridas por gênero PA-HU-UFSC 2014-2015

	N	Média	Desvio Padrão	F	valor p
Feminino	139	3,99	0,785	4,863	0,029
Masculino	22	3,59	0,854		
Total	161	3,94	0,804		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

c) Diferenças de avaliação do modo de gestão com relação ao grau de escolaridade

A Tabela 21 indicou duas diferenças no teste. Elas ocorreram quando se considerou o grau de escolaridade dos respondentes, pelo fato de os participantes, 15 respondentes, não terem ensino superior. O ponto central é no modo de agendamento, haja vista que quem tem até Ensino Médio apresenta melhor avaliação ($M= 4,40$, $d. p.= 0,828$), do que quem tem Ensino Superior completo ($M= 3,67$, $d. p.= 0,965$), dos que tem Pós-Graduação ($M= 3,75$, $d. p.= 1,066$). É possível que este resultado esteja relacionado ao pequeno número de usuários sem Ensino Superior. Entretanto, supõe-se que o senso crítico está atrelado ao nível de conhecimento, isto é, quanto maior a escolaridade, maior deve ser o nível de conhecimento e, conseqüentemente, mais crítico o usuário.

Tabela 21 - Satisfação por grau de escolaridade sobre o agendamento do PA-HU-UFSC

	N	Média	Desvio Padrão	F	valor p
Até Ensino Médio Completo ^{ab}	15	4,4	0,828	3,326	0,038
Até Ensino Superior Completo ^a	69	3,67	0,965		
Pós-Graduação ^b	77	3,75	1,066		
Total	161	3,78	1,018		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Sendo: $a = p < 0,012$ e, $b = p < 0,025$.

d) A forma que conheceu o PA-HU-UFSC em relação à sua Gestão

A Tabela 22 considera a forma como o participante teve contato com o PA-HU-UFSC. A primeira diferença fornece indícios em relação

ao acolhimento recebido pelas pessoas que vieram por recomendação de amigos, pois tiveram avaliação maior ($M= 4,81$, d. p.= $0,480$), daqueles que vieram por outros métodos ($M= 4,63$, d. p.= $0,705$).

Tabela 22 - Acolhimento em relação na forma como conheceu o PA-HU-UFSC

	N	Média	Desvio Padrão	F	Valor p
Amigos	83	4,81	0,48	3,587	0,06
Outro Método	78	4,63	0,705		
Total	161	4,72	0,604		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

A Tabela 23 reforça os dados da tabela 24, porque expõe a avaliação dos participantes sobre os terapeutas voluntários, pois ela foi maior de quem foi recomendado por amigos ($M= 4,77$, d. p.= $0,477$), supondo-se que quem foi recomendado por amigos, vem mais motivado.

Tabela 23 - Relação com os PVs com a forma que conheceu o PA-HU-UFSC

	N	Média	Desvio Padrão	F	valor p
Amigos	83	4,77	0,477	6,723	0,01
Outro Método	78	4,55	0,595		
Total	161	4,66	0,547		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

e) Avaliação do Modo de Gestão com Relação ao Tempo no PA

A Tabela 24 traz as diferenças considerando o tempo de participação nas atividades do PA-HU-UFSC, sendo que quem está há mais de dois anos pontua melhor ($M= 4,45$, d. p.= $0,583$), do que quem está há pouco tempo nessas atividades ($M= 3,94$, d. p.= $0,926$).

Tabela 24 - Diferença com relação à Localização com Base no Tempo em que está no PA

	N	Média	Desvio Padrão	F	Valor p
Menos de 1 ano*	66	3,94	0,926	5,644	0,004
De 1 a 2 anos	48	4,23	0,805		
Mais de 2 anos*	47	4,45	0,583		
Total	161	4,17	0,826		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Sendo: * p < 0,002.

f) Avaliação do modo de gestão em relação às atividades feitas em grupo no PA

As atividades realizadas em grupo apresentaram várias diferenças relacionadas à avaliação do modo de gestão do PA-HU-UFSC. A diferença é idêntica em todos os testes, mas aqueles que pontuaram fazer alguma atividade em grupo, tiveram uma avaliação maior do que quem acenou não fazer nenhuma dessas atividades, como se verifica na Tabela 25, que trata do acolhimento, comparando-se quem faz alguma atividade em grupo ($M= 4,82$, d. p.= $0,423$) e, quem comunicou não fazer nenhuma dessas atividades ($M= 4,64$, d. p.= $0,721$).

Tabela 25 - Acolhimento na ótica de quem faz atividades em grupo PA-HU-UFSC

	N	Média	Desvio Padrão	F	valor p
Nenhuma	85	4,64	0,721	3,639	0,058
Alguma	76	4,82	0,423		
Total	161	4,72	0,604		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Por sua vez, a Tabela 26 revela os esclarecimentos recebidos por participantes das PICs, que tem valor maior entre aqueles que fizeram algum curso ($M= 4,47$, d. p.= $0,683$), do que os que não participaram de cursos ($M= 4,26$, d. p.= $0,710$).

Tabela 26 - Diferença com relação aos Esclarecimentos Recebidos com Base no Tratamento que Faz

	N	Média	Desvio Padrão	F	Valor p
Nenhuma	85	4,26	0,71	3,812	0,053
Alguma	76	4,47	0,683		
Total	161	4,36	0,703		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

A outra questão que apontou a diferença foi sobre o modo de agendamento, como é visualizado na Tabela 27. Quem fazia alguma atividade em grupo estava mais satisfeito ($M= 3,95$; d. p.= $1,018$), do que aqueles participantes que não fizeram nenhuma dessas atividades ($M= 3,62$, d. p.= $1,000$).

Tabela 27 - Satisfação sobre o agendamento de quem faz atividades em grupo PA-HU-UFSC

	N	Média	Desvio Padrão	F	valor p
Nenhuma	85	3,62	1	4,137	0,044
Alguma	76	3,95	1,018		
Total	161	3,78	1,018		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

g) Avaliação do modo de gestão com relação à situação ocupacional do PA

Quando se comenta a situação ocupacional, o resultado é que apenas alguns pares apresentam diferenças entre elas (Tabela 28). Quanto à relação dos esclarecimentos recebidos das PICs, há uma pequena diferença entre os estudantes (M= 4,43, d. p.= 0,679) e autônomos (M= 4,10, d. p.= 0,768).

Tabela 28 - Diferença com relação aos Esclarecimentos Recebidos com Base na Situação Ocupacional

	N	Média	Desvio Padrão	F	valor p
Estudante*	67	4,43	0,679	1,519	0,212
Funcionário da UFSC	21	4,48	0,68		
Autônomo/Proprietário*	21	4,1	0,768		
Demais	52	4,35	0,635		
Total	161	4,37	0,682		

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Sendo: * = $p < 0,049$.

Em relação aos testes de diferença, os hiatos no atendimento com PICs indicam que os mais jovens na pesquisa perceberam um bem-estar maior, enquanto que os respondentes que tomaram ciência do PA-HU-UFSC por recomendação de amigos fizeram uma avaliação melhor do tratamento recebido. Já, quem não buscou tratamento médico anterior às terapias percebeu um maior aumento de bem-estar e aqueles participantes que tem mais tempo nas atividades e cursos do PA-HU-UFSC, referem maior nível de confiança no atendimento. Assim como fizeram uma melhor avaliação do PA-HU-UFSC, aqueles que realizam atividade em grupo e, quem faz duas terapias tem uma percepção positiva maior do seu nível de superação, do que quem fazia apenas uma terapia.

Os estudantes apresentam maior confiança no PA-HU-UFSC do que funcionários da UFSC. Estes resultados corroboram com os encontrados por Otani e Barros (2011), Thiago e Tesser (2011), Machado, Czermainski e Lopes (2012) e, Grando *et al.* (2013).

Com os testes de diferença das médias sobre o modo de gestão do PA-HU-UFSC, os resultados apontam que o grupo pesquisado pertencente à faixa etária intermediária tem pior avaliação para o agendamento do que o grupo mais experiente e, que as mulheres têm uma maior satisfação sobre as informações adquiridas dos cursos do que os homens. O modo de agendamento apresentou melhor avaliação por aqueles que possuem até Ensino Médio. A segunda etapa foi a de entrevistar Profissionais Voluntários (PV) para compreender a relevância das TICs e da forma de gestão do PA-HU-UFSC 2014-2015 relatado a seguir.

4.3 ANÁLISE DOS PROFISSIONAIS VOLUNTÁRIOS DO PA-HU-UFSC

Na segunda etapa da presente pesquisa, foram entrevistados 30 (32,9%) dos 91 PVs, que emprestaram seus conhecimentos especializados nos anos de 2014-2015, cujo perfil destes respondentes pode ser visto no Quadro 5. Lembra-se que esta coleta de dados originou-se de entrevista de um roteiro de entrevista composto de 13 questões realizadas no ambiente físico do PA, no mês de novembro de 2015. Para garantir o anonimato dos PVs respondentes, optou-se por substituir seus nomes por letras e números, isto é, Profissional Voluntário PV 01 a PV 30.

O Quadro 5 permite visualizar o perfil dos Profissionais Voluntários que ofereceram terapias em 2014-2015. Ele traz o tempo de trabalho de cada PV, bem como a escolaridade, situação profissional e a especialidade terapêutica que disponibiliza no PA-HU-UFSC. Os dados mostram que 22 PVs entrevistados estão no PA-HU-UFSC há mais de 02 anos. A escolaridade predominante é o 3º grau; apenas 06 são aposentados e que a maioria atua na aplicação da Apometria e Reiki. Em estudo feito por Selli, Garrafa e Junges (2008) para relatar a percepção dos voluntários sobre os beneficiários do trabalho voluntário no setor de saúde hospitalar, 41,9% dos voluntários tinham formação superior, e, Machado (2014), ao definir o perfil dos voluntários, constatou que a maioria eram mulheres com alto nível de escolaridade, que dedicam em média 21 horas semanais e realizam atividades em organizações religiosas e filosóficas. Acredita-se que as pessoas com maior

escolaridade, dada a sua consciência, que as faz desenvolver o sentimento de solidariedade em relação aos mais necessitados, apresentam maior probabilidade de se tornarem voluntárias (SOUZA; LAUTERT; HILLESHEIN, 2010). Para se constatar o significado de trabalho voluntário no PA-HU-UFSC, foi perguntado aos PVs como definem esta atividade no PA-HU-UFSC. As respostas expressam o sentimento de prazer e gratidão por estar contribuindo para o bem-estar das pessoas. Por exemplo, o **PV 06** definiu como “Profundo, causal e de efeito permanente. [...] este trabalho sendo realizado no PA, gratuitamente, é o começo do acesso universal ao tratamento e recuperação, da sanidade e cura da tristeza e ausência de sentido de vida”.

Já, o **PV 10** disse que é “uma maneira de devolver para o universo tudo aquilo que há de bom e que ele me deu quando eu estava fraca, física e emocionalmente”, enquanto o **PV 26** um “Importante trabalho com retorno das pessoas atendidas, é fantástico pelo resultado que é visto e trazido pelos usuários”. O **PV 27** ressaltou esta atividade como “Grande aprendizado, contato com as pessoas, aprende com elas, o contato é como um livro, por consequência ajuda as pessoas”, e, para o **PV 30** é “maravilhoso”. Portanto, constata-se nos comentários que há paixão pelo voluntariado. Os comentários relatados corroboram com os descritos por Oliveira e Pinto (2010, p. 7), em estudo realizado com o objetivo de estimular a uma reflexão os estudantes a respeito da realização do trabalho voluntário e no qual constataram que “[...] a existência de uma relação de reciprocidade, onde tanto o voluntário quanto o beneficiário saem ganhando e há um sentimento de compartilhamento entre eles. [...] uma experiência de vida”.

Ao serem questionados sobre como conheceram o PA-HU-UFSC, constatou-se que a forma mais comum foi por meio de indicação de amigos, como salientou o **PV 01** que veio, “através de indicação, queria fazer o trabalho voluntário por um período, aí fiz os cursos e vi a oportunidade”, enquanto o **PV 20** conheceu “[...] através de outro terapeuta”, e de modo idêntico o **PV 10** conheceu “[...] por meio de uma amiga”, e **PV 27** foi “[...] convidada por alguém do projeto”. Alguns PVs vieram para o PA-HU-UFSC como pacientes e, passaram a atuar como voluntários, como salienta o **PV 26** que disse “[...] cheguei como usuária e procurei fazer cursos para poder trabalhar, fiz estágio para me capacitar para depois trabalhar como voluntária”. Este fato confirma Aureliano (2011), que pesquisou o Núcleo Espírita Nosso Lar (NENL) e o Centro de Apoio ao Paciente com Câncer (CAPC) ao identificar que a maioria dos voluntários foi paciente da instituição.

Quadro 5 - Profissionais voluntários PA – HU-UFSC 2014-2015

Profissionais Voluntários PA-HU-UFSC 2014-2015				
	Tempo	Escolaridade	Atuação Profissional Atual	Terapia ou Terapias
PV 01	4 anos	Superior completo	Professora	Apometria quântica
PV 02	2 anos	Psicologia	Psicóloga	Psicologia
PV 03	3 meses	Terapeuta naturopata curso de extensão	Terapeuta	Naturopatia e reiki
PV 04	2 anos	Administração	Terapeuta e facilitador de cursos e vivência	Terapias Corporais Integradas, Amor em Movimento, Psicoterapia
PV 05	4 anos	Bacharelado em Artes Cênicas e Cursando Antropologia	Aposentada por acidente de trabalho	Apometria Quântica e Reiki
PV 06	6 anos	Direito, Ed. Amb. e Des. Sustentável, Mestre Educ.	Parapsicologia Clínica	Parapsicólogo clínico e psicoterapeuta, Tao Yoga e Tai Chi Chuan
PV 07	1 ano	Administração e Terapeuta	Administradora UFSC / terapeuta	Apometria quântica.
PV 08	6 anos	Pós-Graduação em engenharia civil	Do Lar	Apometria Quântica
PV 09	13 anos	Acadêmica Naturologia Aplicada	Profissão: Naturóloga	Reflexologia podal, Auriculo, Florais Saint Germain, Massoterapia
PV 10	1 ano	Licenciada em Matemática e Engenharia Civil	Aposentada como Professora Universitária	Reiki
PV 11	1 ano	Licenciatura em Inglês	Astrologa	Astrologia leitura do mapa astral
PV 12	7 anos	Ensino médio	Representante Comercial	Apometria e Reiki
PV 13	5 anos	Engenharia civil	Engenheiro Civil	Apometria quântica
PV 14	2 anos	Matemático	Terapeuta holística, Craniossacral Biodinâmica	Terapia de Craniossacral Biodinâmica
PV 15	3 anos	Engenharia elétrica	Aposentado e consultor de coaching	Qualidade de vida
PV 16	3 anos	Engenharia química	Terapeuta	Reiki, terapia transpessoal
PV 17	2 anos	Psicologia	Psicóloga – psicoterapeuta	Psicologia - Gestalt terapia
PV 18	2 anos	Ensino médio	Terapeuta	Religação Divina e Reprocessamento de Memórias Traumáticas
PV 19	1 ano	Bacharel em Direito.	Servidor público	Reiki
PV 20	2 anos	Serviço Social	Reiki	Reiki
PV 21	3 meses	Nível médio	Terapeuta Reiki e Florais st. Germain	Reiki
PV 22	8 meses	Letras	Aposentada	Apometria
PV 23	5 anos	Administração	Astróloga e terapeuta transpessoal	Astrologia e Florais de Bach
PV 24	3 anos	Doutor em História	Professora aposentada	Reike
PV 25	2 anos	Biologia	Terapeuta	Frequência de Brilho
PV 26	5 anos	Superior completo	Professora	Apometria quântica
PV 27	12 anos	Superior incompleto	Terapeuta	Apometria quântica
PV 28	6 anos	Economia	Terapeuta	Apometria quântica
PV 29	2 meses	Ciências Contábeis	Servidor público justiça federal	Apometria e Reiki
PV 30	6 meses	Médio incompleto	Aposentada	Reiki

Fonte: Elaborado pela autora (2015)

Buscou-se saber o que motivou os entrevistados a desenvolver o voluntariado no PA-HU-UFSC. As respostas bifurcam como o desejo de ajudar o próximo, manter e/ou ampliar rede de contatos e manter-se atualizado, como salientou o **PV 02** que foi motivada pela “[...] Possibilidade de trabalhar e aperfeiçoar”, enquanto o **PV 04** disse que o desejo de “[...] ajudar as pessoas que precisam, e assim aprimorar minha atuação, experimentar e aperfeiçoar novas abordagens e técnicas”, e de, “[...] tornar o trabalho mais conhecido, energizar e vitalizar o movimento de PICS, colaborar com o crescimento e consolidação do PA, etc.”. **PV 17** também foi motivada pela “[...] oportunidade de crescimento e desenvolvimento de experiência profissional”. Por sua vez, o **PV 05** citou duas motivações para o exercício do voluntariado, “[...] Em primeiro lugar é participar de um grupo cujo trabalho melhora a vida das pessoas na questão da saúde, do bem-estar, da motivação, etc., em segundo lugar, é a busca por conhecimento na área das Terapias Complementares, dentre vários outros”.

Para o **PV 06** a motivação central estaria em “[...] uma só coisa: libertar a humanidade do sofrimento e ensinar a ciência do Yôga como método para a auto sustentação da paz de espírito e de uma vida de sentido, felicidade e simplicidade. Emancipação do espírito”, sendo que o **PV 10** foi motivado pela vontade de “[...] proporcionar para outras pessoas o bem que recebi dos terapeutas do projeto”. O **PV 24** relatou que sua motivação está associada ao “[...] Verdadeiro trabalho, que não envolve dinheiro, ninguém espera nada em troca, acredito ser o caminho para saúde física, mental e espiritual”, enquanto para **PV 25** e **PV 29** a motivação foi à “[...] divulgação de outras formas de cura não só tradicional e o *ancoramento* da energia amorosa no planeta”, e acrescentaram, “[...] aprimorar as terapias para colocar as teorias em prática”, respectivamente.

Esse resultado vai ao encontro das cinco categorias de motivação para o voluntariado apresentadas por Silva e Feitosa (2002): a assistencial (ajudar o outro), Humanitária (auxiliar o próximo), Política (exercício da cidadania), Profissional (aplicar conhecimentos) e Pessoal (busca pela busca de relacionamento interpessoal), e, também confirma Moraes, Silva e Cavalcante (2014) em estudo feito para identificar relações entre motivação e felicidade no trabalho dos voluntários do Projeto Acesso Cidadão, viram que o fator altruísta, composto por respostas como “ajudar os outros” teve a maior média dentre os perfis analisados. Mesmo que não exista ganho material, há um ganho pessoal no exercício da atividade voluntária, como: desenvolvimento, aprendizado e experiência; reconhecimento social (respeito e

valorização); mudança de valores pessoais (desprendimento e revisão de preconceitos); senso de utilidade e importância pessoal (ocupação do tempo e contribuição para o grupo); satisfação (prazer pessoal); superação dos próprios problemas e dificuldades, realização de projeto de vida, conquista e ampliação do círculo social. (MONIZ; ARAUJO, 2006; SOUZA; LAUTERT; HILLESHEIN, 2010).

Outro aspecto investigado foi a avaliação dos PVs acerca do PA estar inserido em uma instituição pública. O **PV 01** avaliou “[...] excelente e muito corajosa”, e o **PV 06** disse “[...] libertária [...]”. O Projeto Amanhecer é o espírito do HU, a alma do HU, é donde vem toda a melhor energia e suporte de amparo universal para esta Instituição e UFSC”, e dentro deste mesmo raciocínio, o **PV 10** defende que, “[...] deveria ser expandida para outras instituições”, e ainda que “deveria ser apoiada pela Administração”, semelhante posição do **PV 26**, que disse que “[...] as práticas alternativas já são oferecidas em várias instituições, mas é preciso ter mais interação, principalmente com o HU. Mas, é necessário maior estrutura e o reconhecimento pela academia dos resultados alcançados com as terapias alternativas”. Por sua vez, o **PV 12** considera que “[...] esta iniciativa abre caminho para o reconhecimento das terapias integrativas”, e, sintetiza o **PV 25** como, “[...] oportunidade para todos”. As respostas mostram o quanto esses profissionais reconhecem a relevância do PA e do pouco apoio recebido do HU e UFSC.

Desejou-se saber a opinião dos PVs sobre a importância do PA para a sociedade. Na ótica do **PV 04** é “[...] Importantíssimo. É uma semente, para o que deve ser o SUS no Brasil e o que deve ser a saúde no mundo todo”, e, o **PV 05** vai além, afirmando, “[...] não consigo ver a UFSC e o HU sem o Projeto Amanhecer. O Projeto colabora para o bem-estar geral das pessoas que vem até aqui buscar atendimento, sempre colaborando com o tratamento que muitas vezes o paciente já está realizando” e, respondeu o **PV 06** que “[...] a sociedade necessita do Projeto Amanhecer. É o porto seguro de muitas pessoas”, ou nas palavras do **PV 10** que considera que o PA “[...] tem uma grande importância. Os benefícios que ele traz são muito grandes. Os tratamentos de saúde alopáticos são bons, mas geralmente trazem muitos efeitos colaterais, eles consertam um órgão doente, mas podem estragar outros. [...]”. Não me lembro onde li, mas essa frase ficou marcada para mim: “quando a doença aparece no corpo, é porque ela já está na alma”. As terapias oferecidas no PA curam a alma das pessoas, por isso, o **PV 14** considera que “[...] essa importância está diretamente relacionada à divulgação dos benefícios proporcionados pelas terapias

complementares e integrativas na saúde integral do ser humano, bem como um incentivo à fraternidade e ao trabalho solidário”. Conforme o **PV 22**, a importância do projeto está relacionada ao atendimento a pessoas carentes “[...] na medida que proporciona essas terapias alternativas a pessoas carentes”, e por sua vez, o **PV 25** avalia como “[...] *maravilhoso*, as pessoas estão tendo a oportunidade de se curar, e também de ter um olhar diferente, cuidadoso, mostrando a importância das pessoas saírem do seu centro e olhar para fora, a partir do momento que se cura começa a olhar o outro, oportunidade de auto cura”, enquanto o **PV 30** expressa a preocupação com a qualidade do atendimento e a sua ampla divulgação, pois julga “[...] fundamental mais acesso melhorar o relacionamento, solidariedade, colaboração, bem como colocar folders em pontos de ônibus, supermercados, cartazes nos prédios, caixa de correio”.

No que se refere ao desenvolvimento de trabalho voluntário na área da saúde, **PV 10** cita que “[...] gosto muito. Considero como a valorização do ser humano”, enquanto o **PV 14** disse que as “[...] pessoas com algum grau de sofrimento, seja físico ou psicoemocional, tem uma abertura maior à ajuda que recebe de outros seres humanos. Considero uma oportunidade abençoada”, enquanto que o **PV 27** considera que fazer voluntariado na área da saúde “[...] tem que ter certos cuidados, principalmente aqui no projeto que existem diversos diagnósticos, é necessário preparação. Preparações como: cultura geral, a terapia oferecida, fisiologia, ética, não trabalhar com achismo, sem ter opiniões sem fundamentos, livre de crenças”. Esta avaliação positiva do desenvolvimento de atividade voluntária na saúde reforça Crippa, Isidoro e Feijó (2014) quando afirmaram que os benefícios trazidos pelo voluntariado à área da saúde são positivos, tanto na perspectiva fisiológica, quanto psicológica comprovada pelos pacientes, ou, no estudo de Selli, Garrafa e Junges (2008) que descreve a percepção dos voluntários sobre os beneficiários do trabalho no setor de saúde hospitalar.

Foi indagado aos PVs, como eles compreendiam o retorno de bem-estar das TICs na vida das pessoas atendidas no PA-HU-UFSC. De modo geral, os respondentes apontaram-nas como favoráveis à autoestima dos participantes. Merece realce o **PV 05** que afirmou, “[...] no consultório mesmo a pessoa já sai melhor do que entrou. Quando retorna geralmente está melhor e mais feliz”, indo ao encontro do que assinalaram tanto o **PV 06** que disse, “[...] o retorno é em lucidez, em expansão da lucidez”, quanto o, **PV 08** “[...] a gente vê a melhora no

rosto das pessoas em seu retorno, seu ânimo melhora, é tudo de bom”, ainda sobre esta questão o **PV 10** destacou que:

[...] Eu sempre converso um pouco com elas antes de aplicar o Reiki, perguntando como estão se sentindo, se tem alguma parte do corpo ou algum problema que está afligindo no momento. Durante a aplicação do Reiki, fico atenta e às vezes tenho intuições sobre algum fato que seria interessante comentar com a pessoa depois da aplicação. Na maior parte das vezes, o que sinto ou pressinto, tem fundamento. Isso de certa forma cria um laço entre o terapeuta e o atendido. Geralmente, num próximo atendimento, eles procuram ser atendidos novamente por mim. Daí vem o retorno, eu querendo saber como ele passou a semana, como vão os seus estudos, como vai a família, etc. Acho que as pessoas se sentem acolhidas no PA, sentem-se bem por isso voltam.

Foi objeto de interrogação ainda, se os profissionais voluntários conheciam as demais terapias disponibilizadas pelo PA-HU-UFSC. As respostas não foram biunívoca - sim ou não, porém o **PV 01** conhece “[...] somente o reiki”; **PV 03** “[...] só ouvi falar das demais terapias”; o **PV 06** conhece “[...] de forma geral todas”; o **PV 08** conhece “[...] só pela propaganda boca a boca”; o **PV 13** disse conhecer “[...] muito pouco”; **PV 14** afirmou “[...] conheço a maioria, mas superficialmente”; **PV 18** “[...] sim, acho que todas”; já, o **PV 19** “[...] muito pouco”; por outro lado, o **PV 20** “[...] sim, algumas terapias”, e, **PV 21** “[...] não ainda”. As respostas indicam que alguns voluntários apenas passam nas dependências do PA-HU-UFSC, o tempo necessário para a realização de suas atividades, prejudicando a interação com os demais PVs. Lembre-se que os PVs têm direitos a acesso as mesmas informações que tem o pessoal remunerado, a clareza na descrição das tarefas e responsabilidade em conhecer a organização e/ou a comunidade na qual presta serviços (INSTITUTO VOLUNTÁRIOS EM AÇÃO, 2010).

Quando inquiridos sobre a forma de gestão do PA-HU-UFSC (2014-2015), a grande maioria destacou como uma gestão integradora, porém se observa o **PV 08** que considera:

[...] bem cuidado, as administradoras se desdobram para atender a todos com educação; os

terapeutas têm o espaço e apoio que precisam. No meu entender, são muito ciosos do seu trabalho, e o fazem com amor. São muitas pessoas trabalhando para que tudo se desenrole sem problemas, como exemplo as secretárias, as serventes, a lavanderia. etc....

Ou ainda, nas palavras do **PV 11**:

[...] há nestes últimos anos aqui que venho como voluntária, eu assisto que algo muito valioso que flui neste projeto, ainda que um labor experimental, entre os terapeutas e terapias. Há aquelas que estão sendo desenvolvidas com regularidade. Esse é o bem maior, acredito que a gestão deste projeto propõe que possamos ter essa regularidade para haver trocas dinâmicas entre terapeutas e usuários. Uma gestão clara e solidária e com maturidade necessária para todos.

Por sua vez, o **PV 18** sintetizou, “[...] acho que a administração é a melhor possível dentro das condições existentes”, e o **PV 25** afirmou ser, “[...] ótimo, funciona dentro das condições mais que pode. Precisa de mais pessoas. Em todos os momentos sou ouvida, me sinto bastante participativa, porém gostaria de poder participar mais o tempo é limitado”. Já, o **PV 14** e **PV 24** foram categóricos em dizer que as “[...] competência, responsabilidade e total engajamento com os propósitos do trabalho. E uma recepção calorosa aos terapeutas e a cada um que chega para ser atendido” e, “[...] extremamente séria e competente, mas destacou que seria interessante mais espaço para ampliar o projeto, maior interação dos terapeutas, maior socialização para conhecer as terapias”, respectivamente, enquanto o **PV 12** e o **PV 13** consideraram “[...] excelente, tem organização, disciplina, dedicação, mas não consigo participar das reuniões [...], a agenda sempre tudo organizado, não poderia ser melhor”, e, “[...] sinto-me integrado, como se estivesse em casa, conheço todos, participo das reuniões, me sinto ouvido e respeitado”. A partir do ano de 2012, a Gestão do PA-HU-UFSC conta com a participação dos PVs na tomada de decisão, de modo colegiado, e com características de Modelo de Gestão Social, como concluíram Mallman *et al.* (2012), Jacques *et al.* (2013) e, Magalhães (2014).

Entretanto, há aqueles que desconhecem o estilo de gestão do PA, como expresso pelo **PV 10**, “[...] para falar a verdade, eu não sei muito

sobre a gestão do Projeto”, assim, como quem não está satisfeito com a gestão do PA-HU-UFSC, como o **PV 27** que considera, “[...] a gestão deveria se adequar ao tipo de proposta do que a terapia energética traz aos indivíduos e complementar, para diminuir as burocracias. Ser menos engessado ao processo. Interações das terapias, para cada voluntário conhecer o trabalho do outro”.

No que tange ao espaço físico do PA, percebeu-se as insatisfações dos PVs, bem como o desejo em melhorá-lo. Para **PV 02** “[...] sempre pode melhorar. O projeto precisa ter espaço próprio sem dividir o espaço físico”, enquanto o **PV 05** considera que “[...] todo espaço é muito organizado e muito bem aproveitado. E se tivermos mais espaço e mais colaboradores e servidores, com certeza vamos aproveitar também, pois a procura é muito grande”. Por sua vez, o **PV 09** alertou que, “[...] o espaço físico disponibilizado cumpre sua função, embora alguns detalhes precisam ser considerados; como o trajeto até as dependências do PA, quando chove o local fica alagado pelo número de buracos aqui existentes no acesso ao prédio”.

De outro lado, alguns respondentes não apontaram dificuldades ao exercício de suas atividades voluntárias, a exemplo do **PV 13** que avalia, “[...] excelente a instalação e organização, condições de trabalho, facilidade de poder trabalhar”, bem como concorda com essa descrição o **PV 10** que ressalta a estrutura física; “[...] é boa. Atende bem aos atendimentos individuais e as atividades em grupo também”, complementa e destaca de modo positivo a mudança de sala da secretaria e cita problemas com o ruído:

[...] a secretaria melhorou muito depois da mudança da sala. Apenas uma ressalva sobre as quintas-feiras que é o meu dia de atendimento no projeto. O ruído de portas que abrem e fecham com força e de pessoas que falam alto nas antessalas acabam por prejudicar um pouco o trabalho, dependendo da pessoa que está sendo atendida, no dia em que os consultórios são utilizados pela psiquiatria.

Para o **PV 17** houve melhoria “[...] com a nova sala individual, mas o prédio tem as salas dispostas muito desorganizadamente, seria bacana investimento em acústica e decoração, deixar o ambiente mais confortável e menos hospitalar. Outra coisa bacana seriam espaços mais iluminados e espaço de atividades coletivas ao ar livre, próximo às áreas

verdes, imagina fazer yoga no campinho de futebol aqui atrás com frequência”, porém, os **PV 27** e **PV 28** destacaram a falta de espaço e materiais básicos, “[...] bom falta ar condicionado, no geral é bom”; “ampliar mais 2 consultórios aumentaria o número de *atendimento* para ampliar o atendimento, ampliar utensílios, melhorar equipamentos, cadeiras”, complementa, “[...] ampliar o espaço físico, poderia ampliar as terapias e número de terapeutas, pelo menos mais uma sala. Água, copo, materiais diversos. Remodelar os móveis”, respectivamente. Em síntese, as declarações dos PVs oscilam de ruim a bom com relação às instalações do PA-HU-UFSC, com destaques para a ampliação do espaço físico.

Foi indagado sobre como os usuários avaliam a gestão do PA-HU-UFSC. As respostas foram diversas, mas para o **PV 05** “[...] algumas vezes eles chegam e não sabem que o trabalho dos terapeutas é voluntário. Reclamam e pedem mais vagas para atendimentos. Acreditam que não conhecem muito bem. O que buscam mesmo é atendimento, alívio para suas dores e angústias. E é para isso que estamos aqui”, enquanto o **PV 08** cita que “[...] de minha parte não ouço reclamações dos usuários. Quando se pede sugestões, nos formulários, raramente eles colocam alguma coisa”, porém sublinha o **PV 10**, “[...] realmente não sei se eles sabem muito sobre isso. Talvez deversem saber mais para valorizar ainda mais o que estão recebendo”. Por sua vez, o **PV 12** declarou, “[...] não sei muito. Os que conhecem admiram, não chegam com muitas questões, mas elogiam muito, uma grande parte não conhecia o projeto, quase todos no final das sessões reconhecem como uma oportunidade muito boa e que não conheciam inclusive por pessoas ligadas a UFSC”, e, o **PV 14** “[...] acho que o trabalho fala por si só. A organização, os dias especiais e de agendamento bimestrais, a receptividade no acolhimento terapêutico, tudo isso é visto de forma positiva”.

Também foi perguntado aos PVs sobre suas opiniões sobre a interação do HU e UFSC à gestão do PA. As respostas de modo geral foram positivas, merecendo destaque, o **PV 01** que considera, “[...] temos apoio, é um casamento bom, dentro da ética, é reconhecido o trabalho. O trabalho voluntário vai além das políticas da instituição, independentemente do que acontece na instituição”, mas, na ótica do **PV 06**, não há interferência e defende que,

[...] quanto menor a interferência melhor. O PA se auto-gerencia. O que a UFSC e HU fazem já é suficiente, isto é, nos dar a estrutura. O resto é

conosco. Isto porque o que fazemos é muito difícil de ser compreendido por um status quo de uma ciência muito rígida e materialista, ainda centrada na doença e na debilidade física, centrada em fármacos, psico fármacos e procedimentos cirúrgicos. O que fazemos é abstrato demais e um tanto místico para muitos, o que dificultaria um diálogo honesto e livre de preconceitos. Por isso, a mínima intervenção só beneficia os pacientes e alunos.

Alerta o **PV 08** que, “[...] muitos na UFSC ainda não conhecem o projeto e nem sabem que ele existe, acredito que precisaria haver uma melhor interação entre o HU/UFSC e projeto”, como também concorda o **PV 09** ao afirmar que “[...] deveria ter mais engajamento da UFSC e HU na divulgação do trabalho desenvolvido no PA”, bem como o **PV 14** que disse que:

[...] acho que a UFSC participa de forma mais ativa, com a presença de alguns professores que participam e ajudam na administração. Com relação ao HU sinto um espaço maior e menos interatividade entre essas estruturas. Considero esse afastamento uma lástima porque as terapias oferecidas pelo PA poderiam contribuir de forma muito positiva para aumentar a qualidade de vida, não só de pacientes, como já vem acontecendo com PICs dentro de grandes hospitais em SP, por exemplo, mas dos próprios profissionais da área da saúde, diminuindo os desgastes que o próprio trabalho acarreta.

Asseverou o **PV 15** que, “[...] ainda muito tímidas, poderiam ser mais participativas, proporcionando e permitindo que UFSC/HU aproveitassem os conhecimentos e disponibilidade do PA. Damos mais conforme as necessidades”, enquanto disse o **PV 18** que “[...] deveria ser *infinitamente* maior. As pessoas precisam entender que existe algo maior que a experiência humana, passageira, suas razões e consequências”, porém realçou o **PV 23** “[...] pela minha percepção, há pouca interação e auxílio ao projeto, não aproveitando a visibilidade e valor agregado que este projeto pode somar a UFSC”, bem como concordou o **PV 24** que “[...] a interação é muito pobre, [...] deveria ter maior conhecimento. O HU está trazendo estagiários na área da saúde da

UFSC, porém não tem conhecimento do espaço que tem a disponibilizar. Os alunos procuram, mas falta espaço para abrir para mais pessoas”. Ressalta-se que para o **PV 26** “[...] está tendo uma interação maior, professores estão procurando atendimento, ainda é pouco, mas está tendo”, e sugeriu **PV 28** que “[...] mostrar a interação do HU/UFSC PA. *Facebook*, melhorar página mais transparente usuário”. Estas colocações sintetizam a percepção dos PVs quanto ao apoio recebido pela UFSC e HU.

O quadro 6 traz a percepção dos PVs em relação à gestão do PA no momento da pesquisa, de acordo com as categorias elencadas por Pimentel e Pimentel, destacando alguns princípios e práticas da Gestão Estratégica, porém, com ênfase na Gestão Social, corroborando com pesquisas acadêmicas e publicações realizadas (MALLMAN *et al.*, 2012; JACQUES *et al.*, 2013; MAGALHÃES, 2014).

Quadro 6 - Modelos de gestão pública e gestão social.

Categorias de Análise de Conteúdo da Extensão	Gestão Universitária na perspectiva da Administração Pública que incorpora princípios e práticas da Gestão Estratégica	Gestão Universitária na perspectiva da Gestão Social
Objetivo	Interesse Público.	Interesse Coletivo de Caráter Público.
Valor	Normativo	Cooperação Intra e interorganizacional.
Racionalidade	Instrumental; Burocrática.	Substantiva/comunicativa.
Protagonistas	Estado; Universidade.	Sociedade Civil Organizada.
Comunicação	Monológica/Dialógica, vertical com algumas horizontalidades; em tese sem restrição à fala.	Dialógica, com pouca ou nenhuma restrição ao direito de fala.
Processo Decisório	Centralizado/ <i>top down</i> com possibilidade de participação (<i>bottomup</i>).	Descentralizado, emergente e participativo/surge como construção coletiva.
Operacionalização	Estratégica, com foco em indicadores acadêmicos e sociais.	Social, com foco em indicadores qualitativos e quantitativos.
Esfera	Pública, Estatal.	Pública, Privada, Social e demais esferas.
Autonomia e Poder	Há coerção normativa entre os atores envolvidos.	Não há coerção, todos têm iguais condições de participação.

Fonte: Adaptado de Pimentel e Pimentel (2010, p.8).

Complementou-se o presente capítulo da pesquisa, com a inter-relação das percepções dos usuários e dos Profissionais Voluntários do PA-HU-UFSC, do período estudado, para ter o panorama destas visões sobre a gestão, precisamente em relação ao Modelo de Gestão Pública e Gestão Social.

4.4 INTERRELAÇÃO DAS PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS E DOS PVs/PA-HU-UFSC

Há vários modelos que permitem a análise dos projetos que trazem contribuições sociais à população, como se propõe o PA-HU-UFSC. No entanto, nesta dissertação optou-se por balizar o estudo no Modelo de Gestão Pública e Gestão Social. A inter-relação é pontual das informações e resultados da pesquisa com os Modelos de Gestão Pública e de Gestão Social, adaptados de Pimentel e Pimentel (2010), apresentados na página 25 (capítulo 2) e replicados na página 59 (capítulo 3). Os supracitados modelos não são excludentes, por isso, permitem reflexões sobre os itens 4.2 e 4.3 deste capítulo.

Do ponto de vista dos respondentes usuários, pode-se perceber que predomina a gestão universitária na perspectiva da administração pública. Os resultados mostram que o interesse, mesmo coletivo, pelo valor normativo se sobressai, pois o sistema de regramento ainda é com o agendamento pré-estabelecido, bem como há instrumentos burocráticos expressos na forma do referido agendamento. Por outro lado, os resultados que são descritos de forma positiva pelo PV, endereçam o PA-HU-UFSC com fortes semelhanças ao Modelo de Gestão Universitária na perspectiva da gestão social, especificamente sobre a ótica dos resultados percebidos por esses profissionais serem positivos à melhoria psicológica de seus “usuários”.

Outro fato é a interpretação da dicotomia sobre a racionalidade que permeia os modelos em questão, haja vista que as respostas dos averiguados indicam serem mais próximas da instrumental e burocrática, do que substantiva. Da mesma forma, o processo decisório, mesmo com o esforço da gestão do PA-HU-UFSC buscar a integração, essa integração está entre os extremos do processo decisório ser centralizado e descentralizado, principalmente, porque muitos respondentes não conhecem as demais terapias ou participam das reuniões que definem os rumos do projeto em questão. Talvez essa relação esteja associada à própria gestão das universidades públicas federais que ainda mantém seu caráter burocrático e político de gestão.

Por outro lado, o PA-HU-UFSC se aproxima da gestão social no caráter de autonomia de poder, pois não se percebe a declaração de coerção no sistema de gestão do período de 2014 e 2015, focos do estudo. Não fica clara a operacionalização e a esfera que predomina dos modelos interpretados, pois o enfoque é, ao mesmo tempo, estratégico e social, porém, com sensível predomínio social, bem como a comunicação não permitiu definir as características dominantes.

Por fim, desse cruzamento interpretativo, pode-se afirmar que há um ponto de congruência, que é a qualidade da gestão do PA-HU-UFSC, quer pelo comprometimento, quer pela integração dos usuários e dos PVs, mas que precisam ser constantemente incentivados para o estreitamento do que se pode chamar de Gestão Social.

Cabe destacar que a Gestão Social tem sido objeto de estudo e uma prática frequentemente mais associada à gestão de políticas sociais, de organizações do terceiro setor, do combate à pobreza e até ambiental, do que à discussão e possibilidade de uma gestão democrática, participativa, seja na formulação de políticas públicas, seja nas relações de caráter produtivo (TENÓRIO, 2006; TENÓRIO, 2008). Corroborando, Paula (2005, p. 41) enfatiza que a Gestão Social inclui “questões culturais e participativas”.

Portanto, o PA, operando junto ao HU-UFSC, sofre as disfunções da racionalidade instrumental, burocrática, típicos da ambiência universitária em crise. Assim, o Projeto enfrenta a priorização de valores normativos, a coerção normativa e as restrições orçamentárias e financeiras, em detrimento da racionalidade substantiva, em prejuízo da promoção da saúde.

A gestão do PA, sendo construída por uma gestão colegiada, prima pela participação dos voluntários no processo de decisão, por meio de um espaço aberto de discussão que abrange todos os terapeutas. Para Tenório (2008, p. 49), todos os participantes são capazes de pensar sua experiência, ou seja, capazes de produzir conhecimento, “[...] participar é repensar o seu saber em confronto com outros saberes. [...] é fazer com e não para, [...] é uma prática social”.

Contudo, no PA, a participação torna-se restrita quando há dificuldades por parte dos profissionais voluntários em dispor de mais tempo para envolver-se em reuniões e grupos de estudos, mesmo motivados pelo desejo de colaborar para o bem comum e com sentimento de solidariedade, precisam delimitar seu tempo de participação.

Para concluir essa dissertação de Mestrado, o próximo capítulo permite conhecer as conclusões e recomendações que foram possíveis

obter na efetivação deste estudo, junto ao Programa de Pós-Graduação em Administração Universitária, da Universidade Federal de Santa Catarina.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES COMPLEMENTARES

Este estudo se propôs a compreender a percepção dos usuários e dos PVs sobre as contribuições sociais das PICs e da forma de gestão do PA-HU/UFSC em 2014 e 2015. Para tanto, foram estabelecidos quatro objetivos específicos, os quais foram comprovados ao longo do desenvolvimento do estudo, por meio da aplicação de questionário para os usuários e de entrevista com PVs do PA-HU/UFSC.

No que concerne às PICs, foi possível verificar que o PA-HU-UFSC ofereceu aos usuários, em 2014 e 2015, vinte e nove diferentes tipos de terapias realizadas por PVs e que estas contribuíram significativamente para minimizar a problemática da crise da saúde e da medicina, acolhendo os usuários e promovendo tratamentos não convencionais, unindo as dimensões do corpo, da mente, das emoções e do espírito.

Desse modo, as terapias realizadas no PA não focam somente na doença e nos sintomas relatados pelos usuários, mas sim, priorizam a saúde, empregando, na prática, processo e projetos terapêuticos integrativos, que reconhecem as pessoas como ser humano nas suas dimensões biopsicossocial, incluindo também a dimensão terapêutica do envolvimento espiritual. Sendo assim, aborda de modo integral e dinâmico o processo saúde-doença junto aos usuários, utilizando várias terapias integradas, envolvendo múltiplos e intensos estressores, incluindo os domínios relacionados, como a qualidade de vida, resiliência, aspectos culturais e profissionais.

Em se tratando dos preceitos do PA-HU-UFSC, o público alvo é a comunidade universitária e os atendimentos ocorrem por meio de agendamento presencial, por ordem de chegada, com frequência bimestral, em um total de quatro vezes ao ano.

Finalizada a análise dos resultados, foi possível concluir que, no que se refere à caracterização dos usuários do PA, estes são, na sua maioria, do gênero feminino (86,34%), pertencentes a faixa etária de mais de 28 até 38 anos (36,65%), com Pós-graduação completa e realizada na UFSC (31,06%), e são estudantes (43,31%).

Ademais, os dados encontrados permitiram constatar que os usuários buscaram o PA-HU-UFSC por indicação de amigos (54,05%) e, sendo que os motivos mais citados para a procura do PA foram ansiedade (18,72%), autoconhecimento (16,87%) e estresse (15,02%). Os usuários, na sua maioria (57,14%), não buscaram tratamento médico

antes de procurar o PA, escolhem a terapia por meio do *site* do PA (33,85%), realizam tratamento no PA por um período de 01 a mais de 02 anos (59,00%) e, das terapias escolhidas, a Apometria Quântica e o Reiki foram as mais citadas, com 114 e 88 menções, respectivamente.

Já, em relação à percepção dos usuários do PA, sobre as PICs, os resultados permitiram concluir que estes avaliam como Bom o nível de confiança no atendimento realizado, e classificam como Excelente a alteração do bem-estar com a PIC. O nível de solução, em relação ao motivo da consulta, o nível de superação, considerando ocorrências semelhantes ao motivo pela consulta anteriormente tratado, e a opinião das pessoas próximas sobre as mudanças no modo de viver, foi considerado Bom.

Concluiu-se que os usuários consideram o acolhimento e a relação com o terapeuta Excelente. Já, sobre os esclarecimentos recebidos com relação às práticas que fez no PA, foi avaliado como Bom.

A localização e o espaço físico do PA-HU-UFSC foram avaliados como Bom, enquanto que as informações acerca do funcionamento do PA e agendamento das terapias foram avaliados como Regular.

Diante do exposto, 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, em detrimento ao tratamento médico convencional, apresentando em decorrência dessa escolha, uma evolução terapêutica em seu bem-estar físico, emocional, psicológico, social e espiritual.

Cabe, ainda, destacar a importância crescente pela procura por tratamentos alternativos, que ultrapassam as abordagens do modelo biomédico convencional, também na perspectiva de alcançar a emancipação e o cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, para alavancar a cidadania, ocorrendo nos encontros entre terapeuta cuidador e o usuário por meio do diálogo, respeito e acolhimento. Já, em se tratando da avaliação das informações sobre o funcionamento do PA e do agendamento das terapias, fica evidente a necessidade de reavaliação desses itens visando, principalmente, a qualidade no acesso às terapias por parte dos usuários.

Quanto aos PVs, foi possível concluir que a maioria atua no PA por mais de 02 anos, possuem o 3º grau, apenas 06 são aposentados, e muitos que atuam na aplicação da Apometria e Reiki, conheceram o PA-HU-UFSC por meio de amigos. Definem sua atividade no PA-HU-

UFSC como prazer e gratidão por estar contribuindo para o bem-estar das pessoas, enquanto que a motivação para o desenvolvimento do voluntariado no PA-HU-UFSC pode ser resumido no desejo de ajudar o próximo, manter e/ou ampliar rede de contatos, além de estar atualizado.

Os PVS avaliam a inserção do PA em uma instituição pública como Excelente, que deveria ser ampliada, considerando o projeto importante para a sociedade, além de valorizar o voluntariado na área da saúde, e julgam que, o retorno da terapia realizada é favorável à autoestima dos participantes. Já, quanto à gestão do PA-HU-UFSC, concluiu-se que os PVs, no geral, não conhecem todas as atividades oferecidas pelo PA, avaliam a gestão como positiva e, estão insatisfeitos com o espaço físico.

Em relação ao exposto referente aos PVs, cabe destacar o fato de as práticas terapêuticas, em sua maioria, não serem contempladas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, regulamentada pela Portaria nº 971, de 2006. Consequentemente, as terapias do Projeto Amanhecer não são remuneradas pelo SUS, o que representa um custo para o HU, em termos de serviços terceirizados, bolsistas e manutenção, entre outros, portanto, o PA se defronta com o conflito entre a racionalidade específica que fundamenta as práticas terapêuticas integrativas e complementares, e a racionalidade médica hegemônica, que centraliza a doença como elemento estruturante de seu paradigma. O PA, por atuar fora do modelo biomédico e de saúde vigente, tem sua continuidade sempre ameaçada, sofrendo pressões institucionais e restrições orçamentárias, carecendo de base legal e, principalmente, de estudos e pesquisas que busquem comprovação de base científica e metodológica.

Desse modo, a Gestão do PA, como atividade universitária, procura atender ao tripé ensino-pesquisa-extensão, buscando alcançar o reconhecimento das terapias e integrar as práticas terapêuticas de modo complementar às demais ações de saúde do HU, tentando se afastar da visão reducionista do assistencialismo e de uma extensão universitária limitada à prestação de serviços e convênios, propondo maior participação dos voluntários na gestão e em estudos ou pesquisas que indiquem a comprovação científica da ação das terapias e práticas integrativas e complementares no bem-estar dos usuários que demonstraram, nesta pesquisa, que são ainda tímidas. Entretanto, aponta que os terapeutas e as práticas são sempre bem avaliados pelos usuários.

Ademais, constatou-se que os PVs destacam resultados favoráveis construídos por uma gestão colegiada, trabalhos em clima organizacional participativo e dialógico, com sentido de pertencimento e

atitude de servir, com produção de base unicamente voluntária, comprovados historicamente como pontos fortes do Projeto e como fatores valorizados pelos usuários e pela comunidade, resultados validados por estudos e publicações acadêmicas, que representam vetores promotores para a auto cura e promoção da saúde, validados também nesta pesquisa. Cabe destacar que a gestão ainda carece de maior participação por parte dos voluntários e da inclusão dos usuários na tomada de decisão, através do colegiado gestor, como aponta esta pesquisa.

Por fim, buscou-se inter-relacionar das percepções dos usuários e PVs se propor melhorias à gestão do PA-HU-UFSC. O PA incorpora racionalidades específicas que fundamentam as práticas terapêuticas integrativas e complementares, no que diz respeito ao paradigma centralizado na saúde e não na doença; a singularidade do ser humano como o centro do seu projeto terapêutico; o usuário visto como um ser humano biopsíquico, social e espiritual; a autonomia do usuário no processo de auto cura; a promoção do autoconhecimento e da autoeducação, promovendo um projeto de construção (ou de reconstrução) da própria saúde; a relação humanizada terapeuta-cuidador e usuário-cuidado; os meios terapêuticos simples, desprovidos de sofisticação tecnológica e de baixo custo; o modo de produção da extensão universitária fundada no voluntariado e, a gestão participativa e colegiada fundada em princípios da gestão social, este último, de modo restrito, devido à dificuldade por parte do terapeuta voluntário em disponibilizar mais tempo para a participação na gestão, além da assistência aos usuários, em reuniões e grupos de estudos, além da não inclusão no colegiado gestor da participação dos usuários para a tomada de decisão.

O PA, ao abrigar terapeutas voluntários e desenvolver diferentes terapias complementares individuais e em grupos e na forma de práticas terapêuticas coletivas, apresenta como esforços futuros a obtenção de recursos para a manutenção, o reconhecimento institucional e o fortalecimento das PICs no contexto HU/UFSC, fatos estes, de extrema importância para a sobrevivência futura do PA.

Confirmando que as Práticas Integrativas e Complementares vêm recebendo caráter global e apresentando maior importância econômica (OMS/WHO, 2013) em um contexto de crises como da saúde, da medicina, no SUS e de medicalização social, como também de crise universitária, o fortalecimento do Projeto no contexto da UFSC, acontecerá por meio da produção de conhecimentos científicos e tecnológicos desenvolvidos na Instituição e a ampliação desta

modalidade de atendimento na área da saúde pública em geral. Para tal, faz-se necessária a participação de pesquisadores e a aproximação da medicina convencional das práticas terapêuticas alternativas para promover à saúde, autocuidado e auto cura, assegurando a qualidade de vida a todos.

Neste estudo, trabalhou-se para alcançar os resultados obtidos e apresentados, entretanto, muito ainda precisa ser feito nesta área. Aproveitar esse espaço para tecer algumas recomendações para futuros trabalhos torna-se pertinente. Convém destacar que o conhecimento é contextual, portanto, as recomendações traçadas são originadas no momento da conclusão do presente estudo e sob o contexto pesquisado.

Assim, recomenda-se:

- a) Conhecer dos processos gerenciais e terapêuticos do PA com acompanhamento dos usuários.
- b) Análise das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (SWOT) do PA.
- c) Avaliação do PA como Política Pública e como Projeto Social.
- d) A realização de um levantamento e classificação da legislação e das práticas terapêuticas no país e de outras iniciativas semelhantes ao Projeto Amanhecer.
- e) Estudo da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e das legislações de estados e municípios que incentivam as terapias contempladas ou não pela política, na rede de atenção à saúde.

Por fim, conclui-se que o objetivo geral proposto na presente pesquisa, que era compreender a percepção dos usuários e dos PVs sobre as contribuições sociais das PICs e da forma de gestão do PA-HU/UFSC, em 2014 e 2015, foi alcançado.

REFERÊNCIAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Vagas promessas para a crise da saúde**. 13 out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2016

ALBUQUERQUE, C. M. S.; OLIVEIRA C. P. F. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Millenium** 25. 2002. Disponível em: Disponível em: <<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/635/1/Sa%C3%BAde%20e%20Doen%C3%A7a.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

ANDRADE, Juliana. Quase metade da população avalia que governo deve priorizar saúde, diz pesquisa. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2014-02/quase-metade-populacao-avalia-que-governo-deve-priorizar-saude-mostra-pesquisa>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital-Instituição e História Social**. São Paulo: Editora Letras& Letras, 1991.

ARAÚJO, K. M. de; LETA, J.. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.1261-1281, out./dez. 2014.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL PARA O ESFORÇO VOLUNTÁRIO (IAVE). Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado. 2015. Disponível em: <<http://www.voluntariado.pt/left.asp?01.05.02>>. Acesso em: 09 set. 2015.

AURELIANO, W. de A..Terapias Espirituais e Complementares no Tratamento de fazer câncer: a experiência com pacientes oncológicos em Florianópolis (SC). **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 18-24, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2016.

_____. **Espiritualidade, Saúde e as Artes de Cura no Contemporâneo: indefinição de margens e busca de fronteiras em um centro terapêutico espírita no sul do Brasil**. 2011. 446 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada as ciências sociais**. 7. ed. rev. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010.

BATALHA, E.. Outras medicinas no SUS. **Radis**. n. 130, p. 24-27, jul. 2013. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis130web_0.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

BATALHA, E.. Outras medicinas no SUS. **Revista RADIS**, n. 130, p. 24-27, jul. 2013. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis130web_0.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2016.

BRANDTNER, M.; BARDAGI, M.. Sintomatologia de Depressão e Ansiedade em Estudantes de uma Universidade Privada do Rio Grande do Sul. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 2, n. 2, p. 81-91, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v2n2/v2n2a04.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 21 jan. 2015.

_____. **Humaniza SUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prontuario.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional da Saúde**. 17 a 21 de março de 1986. Relatório Final. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf> Acesso em: 21.dez.2014.

_____. **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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html> Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. Ministério da Educação. **Hospitais universitários**. Brasília. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article. Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Hospitais Universitários**. (2012). Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>> Acesso em: 22 jun. 2016.

BUENO, C.. Transtornos mentais afetam 700 milhões no mundo. **UOL**, São Paulo, 11 nov. 2013. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2013/11/11/transtornos-mentais-afetam-cerca-de-700-mi-no-mundo-veja-mitos-e-verdades.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

CAMPANUCCI, F. da S.; LANZA, L. M. B.. A atenção primária e a saúde do homem. In: Simpósio Gênero e Políticas Públicas, 2. 2011, Londrina. **Anais...** Universidade Estadual de Londrina, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/Fabricio%20Campanucci.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

CAPRA, F.. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, G.. A Saúde Pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo, v. 27, n. 78, p.7-26, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2016.

CASADO, J.. Crise na saúde torna Judiciário a ‘segunda porta’ de acesso ao SUS. **O Globo**. 12 out. 2014. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/crise-na-saude-torna-judiciario-segunda-porta-de-acesso-ao-sus-14223837>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

CASTELAR, R. M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R. M.; MORDELET, P; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. ENSP éditions, 1995. p. 38-49.

CASTELLÀ, C.; PARÉS, M.. Participação e qualidade democrática: uma proposta de critérios e qualidade. In: TENÓRIO, F.G. (Org.). **Cidadania e desenvolvimento local**: critérios de análise. Rio de Janeiro: FGV, 2012. v. 1. p. 207-251.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E..Intense micropolitical and pedagogical action: humanization between ties and perspectives. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.13, supl.1, p.531-42, 2009.

CHAUÍ, S.. A Universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro: ANPED, n.24, p. 6-14, set./dez 2003.

CORULLÓN, M.. **Voluntariado, participação e democracia**. Disponível em: <<http://www.portaldovoluntario.org.br>>. Acesso em: 13 set. 2010.

CRIPPA, A.; ISIDORO, T.; FEIJÓ, A. G. dos S.. Voluntariado e Saúde. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 58, n. 3, p. 247-251, jul.-set. 2014. Disponível em: <<http://www.amrigs.org.br/revista/58-03/015.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2016.

DEMARZO, M. M. P.. **Reorganização dos Sistemas de Saúde**: promoção da saúde e atenção primária à saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de São Paulo. Módulo Político Gestor. 2011. Disponível em:<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_3.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

DENHARDT, R. B.. **Teorias da Administração Pública**. São Paulo: Cengage Learning, 2004.

_____. **Teorias da Administração Pública**. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

_____. **Teorias da Administração Pública**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

DOWBOR, L.. **Políticas sociais e transformação da sociedade**. 2013. Disponível em: <<http://dowbor.org/2013/05/gestao-social-e-transformacao-da-sociedade.html/>>. Acesso em: 15 set. 2015.

DYNIWICZ, A. M.. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009.

FAQUETI, A.. **Medicinas alternativas e complementares na atenção primária à saúde: perspectiva de usuários em Florianópolis/SC**. 2014. 81 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2014.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T.. Projeto terapêutico nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 587-598, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2016.

FLECK, M. P. da A. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 446-455, ago. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2016.

FLECK, M. P. de A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Ver. Bras. Psiquiatr.**, v. 21, p. 19-28, 1999.

FORPROEX. SESu/MEC. Plano Nacional de Extensão Universitária. Brasil. 2000 / 2001. Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e SESu/MEC. Disponível em: <<http://www.portal.ufpa.br/docsege/Planonacionaldeextensaouniversitaria.pdf>> Acesso em: 17 set. 2015.

FORTUNATO, A. R.; CIDRAL FILHO, F. J.; FORTKAMP, G. P.. **Promoção da saúde da comunidade acadêmica da UFSC através das Terapias Integrativas e Complementares.** Semana de Pesquisa e Extensão. Florianópolis: UFSC, 2007.

FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

FOUCAULT, M.. **O Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro, Forense-Universitária.1996.

FREIRE, P.. **Extensão ou Comunicação.** 13. ed. São Paulo: Paz e Terra. 2006.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Cronologia histórica da saúde pública:** uma visão histórica da saúde brasileira. Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/CNTC/article/view/2501>>. Acesso em 11 abr. 2016.

GAARDER, J.. **O mundo de Sofia:** romance da história da filosofia. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

GATTI, M. F. Z. *et al.* Perfil da utilização das terapias alternativas/complementares de saúde de indivíduos oriundos do sistema complementar de saúde. **Cad. Naturol. Terap. Complem.** Palhoça, Santa Catarina, v.4, n. 6, p. 29-35, 2015. Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/CNTC/article/view/2501>>. Acesso em 11 abr. 2016.

GIL, A. C.. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GODIM, S.; FISCHER, T. M. D.; MELO, V. P.. Formação em gestão Social: um olhar crítico sobre a experiência de pós-graduação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 30. 2006, Salvador, Brasil, 23 e 27 de set. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2006 p.1-16.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAUJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, março de 2007. Disponível a partir <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 de abril de 2016.

GONÇALVES, D. A.; FIORE, M. L. de M. **Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade**. Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Federal de São Paulo. Módulo Psicossocial. 2011. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_16.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

GRANDO, T. et al. Experiências publicadas relacionadas às práticas integrativas e complementares no sistema único de saúde: uma revisão. **Salão do Conhecimento**, Ijuí. 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/2395>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

HAIR, J. F. *et. al.*. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HEIDMANN, I. T. S.. Busset al. Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto – enferm.**, Florianópolis, v 15, n.. 2, p. 352-358, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2016.

HELMAN, C. G.. **Cultura, Saúde & Doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3205.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

INSTITUTO VOLUNTÁRIOS EM AÇÃO. **Manual para capacitação inicial do voluntário**. Florianópolis, 2010. Disponível em: <<http://www.voluntariado.org.br/sms/files/Manual%20para%20Capacita%C3%A7%C3%A3o%20Inicial%20do%20Volunt%C3%A1rio.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2016.

ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F.. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando à promoção da saúde. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 22, n. 2, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n2/pt_16.pdf> Acesso em: 14.nov .2014.

JACQUES, R. C. *et al.* **A promoção do bem-estar social e a prática legítima em gestão social: um estudo de caso do Projeto Amanhecer – HU/UFSC**. CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGÍA. SANTIAGO DE CHILE, 30 de septiembre al 4 de octubre, 2013.

KERLINGER, F. N.. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais: Um tratamento conceitual**. Trad. Helena Mendes Rotundo. São Paulo: EPU/EDUSP, 1980.

KULKAMP, I. C. et al. Aceitação de práticas não-convencionais em saúde por estudantes de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina. **Rev. Bras. Educ. Med.** Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 229-235, dezembro de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022007000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A.. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LOPES, L. F. D.. **Calcule o tamanho da amostra para sua pesquisa**. Disponível em: <<http://felipelopes.com/CalculoAmostra.php>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

LUZ, H. S.. As pessoas têm o direito de escolher como cuidar da própria saúde. **Revista RADIS**, n.130, p. 28, jul. 2013. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis130web_0.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2016.

LUZ, M. T.. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde há fim do século XX. **Physis**, Rio de Janeiro, v 15, supl.. p. 145-176, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2016.

MACHADO, A. P. Gênero, escolaridade e renda influenciam perfil de voluntário. **Economia e Política**, v. 47, n. 100, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.usp.br/aun/exibir.php?id=6509>>. Acesso em: 30 maio 2016.

MACHADO, D. C.; CZERMAINSKI, S. B. C.; LOPES, E. C.. Percepções de coordenadores de unidades de saúde sobre a fitoterapia e outras práticas integrativas e complementares. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 615-623, dez.. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2016.

MACHADO, A. M. B. R.. **Grupo de mulheres**: sistematizando uma prática emancipatória de educação e saúde. 2008. 206f. Tese (Doutorado em Estudos Sociais) - Universidade Federal Fluminense, Centro de Estudos Sociais, Programa de Pós-Graduação em Educação, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2009/adriana_maria_brant.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2016.

MADEL, T. L. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX1. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145-176, 2005.

MAGALHÃES, T. G.; SOUZA, V. B.. O controle social no Conselho Municipal do Idoso de Florianópolis: uma análise a partir dos modelos de administração pública, dos modelos de coprodução dos serviços públicos e dos modos de gestão estratégica e social. **Revista de Ciências da Administração**, v. 17, Edição Especial, p. 149-164, 2015. Disponível em: < file:///C:/Users/eva/Downloads/42215-140826-1-PB.pdf >. Acesso em: 17 abr. 2016.

MAGALHÃES, T. G.. **Participação na tomada de decisão sob a ótica da gestão social: um estudo no projeto amanhecer**. XVII SEMEAD. Seminários em Administração FEA-USP. São Paulo: Outubro de 2014.

MALLMAN, A. G., et al. O processo de gestão no Projeto Amanhecer: um estudo de caso. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM GESTÃO SOCIAL, 6. 2012, São Paulo. **Anais...**, São Paulo: PUC, 2012.

MARQUES, L. dos S.. **A saúde pública e o Direito Constitucional brasileiro**. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4643>. acesso em: 17 abr. 2016.

MARTINEZ, P. H.. Medicinas alternativas: hasta donde, para quién? In: CÁCERES, C. et al. (Org.). **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Lima: International forum for social sciences and health: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. p. 349-367.

MARTINS, M. M.; FERNANDES, C. S.; GONCALVES, L. H. T.. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 65, n. 4, p. 685-690, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2016.

MATTAR, F. N.. **Pesquisa de Marketing: Metodologia e Planejamento**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J.. **A Árvore do Conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Psy, 1997.

MEDICI, A. C.. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 149-156, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302001000200034&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2016.

MERHY, E. E.. **O cuidado é um acontecimento e não um ato**. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-17.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

MONIZ, A. L. F.; ARAUJO, T. C. C. F. de. Trabalho voluntário em saúde: auto-percepção, estresse e burnout. **Interação em Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 235-243, 2006.

MORAES, A. F. G. de; SILVA, A. G. C. da; CAVALCANTE, C. E.. "Sou feliz por ajudar os outros": motivação e felicidade no trabalho voluntário.

ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS ANPAD, 8. 2014. Disponível em: <www.anpad.org.br/admin/pdf/EOR-B935.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.

MORAES, R. C. C.. A Universidade e seu espaço. In: LOUREIRO, I.; DEL-MASSO, M. C. (Orgs.). **Tempos de greve na universidade pública**. Marília (SP): UNESP, Marília Publicações, 2001.

NOGUEIRA, L. C. L.. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte, MG: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 2003.

NOGUEIRA, M. I. Racionalidades médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. S. (Org.). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2010.

OLIVEIRA, L. D. S. de; PINTO, S. R. da R. **A importância do trabalho voluntário no desenvolvimento de competências do estudante**. 2010. Disponível em: <http://www.puc-rio.br/pibic/relatorio_resumo2010/relatorios/ccs/adm/ADM-Lidiane%20Duarte%20Silva%20de%20Oliveira.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.

OMS/WHO. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-daorganizacao-mundial-da-sau-de-omswho.html>>. Acesso em: 12 nov. 2014.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. de.. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, mar. 2011.

PANZINI, R. G., *et al.* Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. psiquiatr.clín.** São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2016.

PAULA, A. P. de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **RAE-Debate. Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 45, n. 1, mar. 2005.

PENNAFORT, R.. Mulheres vão mais ao médico que homens, mostra IBGE. **Estadão**, 02 jun. 2015. Disponível em: <<http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,mulheres-vao-mais-ao-medico-que-homens--mostra-ibge,1698459>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

PIMENTEL, M. P. C.; PIMENTEL, T. D.. Gestão Social: Perspectivas, Princípios e (De) Limitações. In: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS DA, 6. 2010. ANPAD, Florianópolis, Santa Catarina.

PINTO, D. M.. Projeto Terapêutico singular na Produção do Cuidado integral: uma Construção coletiva. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2016.

PIRES, V.. A contra-reforma universitária: uma universidade diferente é possível... **Educ. Soc.**, Campinas, v. 25, n. 88, p. 1071-1075, Especial, out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v25n88/a20v2588.pdf> >. Acesso em: 12 abr. 2016.

PITTA, A.. **O hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1991.

POLATO, A.. Brasil é o último em ranking sobre eficiência de sistemas de saúde. **Época**. 13. Disponível em: <<http://epoca.globo.com/tempo/noticia/2013/09/brasil-e-o-bultimo-em-ranking-sobre-eficiencia-de-sistemas-de-saude.html>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

RIBEIRO, H. P.. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.
RICHARDSON, R. J., et al.. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

RODRIGUES, A. G., et al.. Assistência e atenção farmacêutica com plantas medicinais e fitoterapia. In: Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília: MS, 2011. Cadernos de Atenção Básica, n. 31. p. 71-86. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2016.

ROESCH, S. M. A.. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guias para estágios, trabalhos de conclusão, dissertação e estudos de caso**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROMÃO, A.. Diretrizes para a reformulação da seringa na administração de medicamentos. 176 p. **Tese** (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2010.

RST – Rede de Tecnologia Social. **Tecnologia Social e Desenvolvimento Sustentável: Contribuições da RTS para a formulação de uma Política de Estado de Ciência, Tecnologia e Inovação**. Brasília/DF: Secretaria Executiva da Rede de Tecnologia Social (RTS), 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/win7/Downloads/tecsocialdessust.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2016.

SALM, J. F.; MENEGASSO, M. E.. Os modelos de administração pública como estratégias complementares para a coprodução do bem público. In: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA. 6. 2006. São Paulo. **Anais**. São Paulo: ANPAD, 2006.

SALM, J. F.; MENEGASSO, M. E.. Proposta de Modelos para a Coprodução do Bem Público a partir das Tipologias de Participação. ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 34. 2010. Rio de Janeiro, 2010.

SALOMÃO, L.. **Pesquisa diz que 93% estão insatisfeitos com SUS e saúde privada.** 19 ago. 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/08/pesquisa-diz-que-93-estao-insatisfeitos-com-sus-e-saude-privada.html>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

SANTOS, B. S.; ALMEIDA FILHO, N.. **A universidade do século XXI:** para uma Universidade Nova. Coimbra: Almedina, 2008.

SANTOS, B. S. **A Universidade no século XXI.** São Paulo: Cortez Editora; 2004.

_____. **Pela mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez, 4. ed, 1997, 348p.

SANTOS, L. N.; MARTINS, A.. A Originalidade da obra de Georg Groddeck e algumas de suas contribuições para o campo da saúde. **Interface:** Comunicação, Saúde, Educação, v. 17. n.44, p. 9-21, jan/mar. 2013.

SCARAMUZZO, M.. Venda de medicamentos cresce 13% em relação a 2013. **Estadão,** 14 jun. 2014. Disponível em: <<http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,venda-de-medicamentos-cresce-13-no-acumulado-ate-maio-imp-,1511775>>. Acesso em: 10 abr.2016.

SCHOMMER, P. C.; FRANÇA FILHO, G. C. de.. Gestão social e aprendizagem em comunidades de prática: interações conceituais e possíveis decorrências em processos de formação. In: SILVA JR, J. T.; MÂISH, R. T.; CANÇADO, A. C.; SCHOMMER, P. C. **Gestão Social:** Práticas em debate, teorias em construção. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2008.

SCHVEITZER, M. C.; ESPER, M. V.; SILVA, M. J. P. da.. Práticas integrativas e complementares na atenção primária em saúde: em busca da humanização do cuidado. **O Mundo da Saúde,** São Paulo: Centro Universitário de São Camilo, v. 36, n. 3, p. 442-451, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/95/6.pdf> Acesso em: 31 ago.2015.

SCHVEITZER, M. C.; ZOBOLI, E. L. C. P.. **Papel das práticas complementares na compreensão dos profissionais da Atenção Básica**: uma revisão sistemática. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v. 48, n. spe, aug. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-188.pdf>. Acessado em: 17 set. 2015.

SCLIAR, M.. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.29-41, abril de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2016

SECCHI, L.. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **RAP- Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, mar/abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a04.pdf>>. Acesso em: 03 jan.2015.

SELLI, L; GARrafa, V; JUNGES, J. R. Beneficiários do trabalho voluntário: uma leitura a partir da bioética. a **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.6, p.1085-1089, dez, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 de junho de 2016.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W.. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 2. ed. brasileira. São Paulo: E.P.U., 1987.

SILVA, J. O.; FEITOSA, S.. Ação social voluntária: motivação e evasão. **Cadernos CEDOPE**, ano 13, n.19, São Leopoldo: IHU, 2002.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M.. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SOALHEIRO, B.; NUNES, A. C.. Medicina alternativa. **Super Interessante**, n. 196, jan. 2004. Disponível em: <<http://super.abril.com.br/ciencia/medicina-alternativa>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

SOUZA, E. F. A. A. de; LUZ, M. T.. Bases socioculturais das Práticas Terapêuticas Alternativas. **Hist. Cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393-405, Junho de 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2016.

SOUZA, G. M. L. de, et al.. A contribuição da terapia comunitária no processo saúde – doença. **Cogitare Enferm.** v. 16, n. 4, p. 682-8, out/dez, 2011. Disponível em:<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/23030/17059>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

SOUZA, L. M. de; LAUTERT, L.; HILLESHEIN, E. F.. Trabalho voluntário, características demográficas, socioeconômicas e auto percepção da saúde de idosos de Porto Alegre. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 561-569, sept. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2016.

TEIXEIRA, J. B. P.; BELO, M. de A.; MUSSO, M. M.. **Medicina Não-Convencional na Atualidade.** [2011]. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/proplamed/files/2011/04/Medicina-N%C3%A3o-Convencional-na-Atualidade.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

TENORIO, F. G., *et al.* Metodologia de construção dos critérios para a avaliação de processos decisórios participativos deliberativos na implementação de políticas públicas. In: RIGO, Ariádne Scalfoniet al (Org.). **Gestão social e políticas públicas de desenvolvimento: ações, articulações e agenda.** Recife: Univasf, 2010. p. 394-401. Disponível em: <http://ites.colivre.net/pub/Site/Publicacao29/Livro_III_ENAPEGS.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2016.

TENÓRIO, F. G.. Inovando com democracia, ainda uma utopia. **Novos Cadernos NAEA** Belém, v. 2, n. 1, p. 149-162, jun./1999.

_____. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr. 2002.

_____. Cidadania e desenvolvimento local: casos brasileiros. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 9. 2004, Madrid. Procedings. Madrid: [S.n], 2004. p. 2 - 5.

_____. A trajetória do Programa de Estudos em Gestão Social (Pegs). **RAP**. Rio de Janeiro FGV, v. 40, n.6 p.1.145-1.162, nov. /dez., 2006.

_____.(Re)visitando o conceito de gestão social. In: SILVA JR. Jeová Torres et al. (Org.). **Gestão social**: práticas em debate, teorias em construção. Juazeiro do Norte: UFC, 2008, p. 39-57.

_____. Escopo teórico. In: TENÓRIO, Fernando Guilherme(Org.). **Cidadania e desenvolvimento local**: critérios de análise. Rio de Janeiro: FGV, 2012. p.19-34.

TESSER, C. D.. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, ago, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n8/09.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

TESSER, C. D.. Medicalização social (i): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface** (Botucatu) ., Botucatu, v 10, n. 19, p. 61-76, junho de 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2016.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 914-920, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2016.

THIAGO, S. de C. S.; TESSER, C. D.. Percepção de Médicos e Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família Sobre terapias Complementares. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 45, n. 2, p. 249-257, abril de 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2016.

TONELI, M. J. F.; SOUZA, M. G. C. de; MULLER, R. de C. F.. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. **Physis**, Rio de Janeiro, v 20, n. 3, p. 973-994, 2010. Disponível a partir <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 de abril de 2016.

TRIVIÑOS, A. N. S.. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2006.

TROVO, M. M.; SILVA, M. E. P. da.. Terapias Alternativas / Complementares uma Visão do graduando de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 80-87, março de 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC). Projeto Amanhecer. Disponível em: <<http://hu.ufsc.br>>. Acesso em 2015.

_____. **Regimento Geral**. Florianópolis: Hospital Universitário. Florianópolis, 1992.

_____. **Resolução Normativa n.º 034/CUn/2008**. Dispõe sobre a prestação de serviço voluntário no HU da UFSC.

_____. **Relatório de Atividades e Pesquisa**. Hospital Universitário. Florianópolis, 2012.

_____. **Relatório de Atividades e Pesquisa**. Hospital Universitário. Florianópolis, 2013.

_____. **Histórico do Projeto Amanhecer**. 2014. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/setores/projeto-amanhecer/historico/>> Acesso em: 19. set. 2014.

VARELLA, D.. **À sombra de Saturno**. jan. 2015. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/revista/833/a-sombra-de-saturno-4176.html>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

VERDI, M.; CAPONI, S.. Reflexões Sobre a Promoção da Saúde NUMA Perspectiva bioética **Texto contexto - Enferm**, Florianópolis, v 14, n. 1, p. 82-88, março de 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2016.

VIANNA, L. A. C. **Processo saúde-doença**. [2012]. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

WHO/MSA/MHP/98.2. World Health Organization. WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) - report on WHO Consultation. Geneva; 1998. (WHO/MSA/MHP/98.2,2-23). Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/who_MSA_MHP_98.2_eng.pdf> Acessado em: 13.out.2014.

YIN, R. K.. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA OS USUÁRIOS DO PA

Percepção sobre a Gestão e as Práticas Integrativas Complementares (PICs) do Projeto Amanhecer (HU-UFSC-2014)

1 Qual é a sua faixa etária

- De 18 até 28 anos mais de 28 até 38 anos mais de 38 até 48 anos
 mais de 48 até 58 anos mais de 58 anos

2 Gênero

- Masculino Feminino

3 Qual é o seu grau de escolaridade completo (Só assinale a 2ª coluna se você cursou UFSC)

- Sem instrução formal
 Ensino fundamental (1º a 9º ano) UFSC
 Ensino médio UFSC
 Ensino superior UFSC
 Pós-graduação UFSC

4 Assinale o Estado e Cidade em que você reside.

- Clique aqui e escolha o Estado e a Cidade que você reside

5 Qual é a sua situação ocupacional no atual?

- Desempregado Estudante Comércio
 Indústria Autônomo(a) Sócio-proprietário(a)
 Funcionário(a) Municipal Funcionário Estadual Funcionário da **UFSC**
 Funcionário Público Federal (**Não funcionário da UFSC**)

6 Como você conheceu o Projeto Amanhecer?

- Internet Amigos(as) Recomendação médica
 Familiares Encaminhado pelo SUS Encaminhado pelo HU-UFSC
 Encaminhado por clínica particular Outros

7 Você faz algum tratamento médico (medicina tradicional) para este motivo?

- sim não

8 Qual foi o motivo para você procurar atendimento no Projeto Amanhecer?

- Ansiedade Dores no corpo Depressão
 Desânimo Cansaço Insônia
 Síndrome do pânico Estresse Outros

9 Como você escolheu a sua terapia no Projeto Amanhecer?

- Orientação do terapeuta Orientação médica
 Pesquisa no Site Projeto Amanhecer Recomendação de amigos(as)
 Sugestão de familiares Ouviu falar e ficou curioso
 Procura de tratamento na internet Outros

10 Há quanto tempo você recebe atendimento no Projeto Amanhecer?

- menos de 1 ano de 1 a 2 anos de 2 a 3 anos
 de 3 a 4 anos de 4 a 5 anos mais de 5 anos

Assinale uma das alternativas das questões da sequência.

- 11 *Como você classifica os esclarecimentos recebidos no Projeto Amanhecer sobre a Prática Integrativa Complementar a que se submeteu?*
 Excelente Bom Regular Ruim Péssimo
- 12 *Como você considera a relação de seu acolhimento no Projeto Amanhecer?*
 Excelente Bom Regular Ruim Péssimo
- 13 *Classifique a forma de agendamento da sua terapia no Projeto Amanhecer?*
 Excelente Bom Regular Ruim Péssimo
- 14 *Classifique o nível de confiança no atendimento realizado com as Práticas Integrativas Complementares?*
 Excelente Bom Regular Ruim Péssimo
- 15 *Como você classifica a sua relação com os terapeutas voluntários do Projeto Amanhecer?*
 Excelente Bom Regular Ruim Péssimo
- 16 *Como você classifica a solução, em relação ao motivo da consulta, após atendimento com as Práticas Integrativas Complementares?*
 Excelente Bom Regular Ruim Péssimo
- 17 *Como você classifica o seu nível de superação, considerando ocorrências semelhantes ao motivo pela consulta anteriormente tratado, com Práticas Integrativas e Complementares?*
 Excelente Bom Regular Ruim Péssimo
- 18 *Como você classifica as alterações do seu bem-estar com o tratamento das Práticas Integrativas Complementares disponibilizadas do Projeto Amanhecer?*
 Excelente Bom Regular Ruim Péssimo
- 19 *Qual é a opinião das pessoas próximas de você (familiar, profissional, social) sobre as mudanças em seu modo de viver, após atendimento com as Práticas Integrativas e Complementares do Projeto Amanhecer?*
 Excelente Bom Regular Ruim Péssimo
- 20 *Como você classifica as informações sobre a organização e funcionamento do Projeto Amanhecer? (Site, painel informativo, dentre outros).*
 Excelente Bom Regular Ruim Péssimo
- 21 *Como você classifica o espaço físico interno do Projeto Amanhecer?*
 Excelente Bom Regular Ruim Péssimo
- 22 *Qual sua opinião sobre a localização do Projeto Amanhecer?*
 Excelente Bom Regular Ruim Péssimo
- 23 *Assinale a(s) terapia(s) que você já participou ou participa no Projeto Amanhecer?*
 Clique e assinale a última terapia que você fez ou aquela que está fazendo neste momento.
 Clique e assinale a penúltima terapia. Clique e assinale a antepenúltima terapia.
- 24 *Quais são as suas sugestões de melhorias à Gestão do Projeto Amanhecer (HU-UFSC).*

Descreva aqui:

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS COM OS TERAPEUTAS (VOLUNTÁRIOS)

Posição dos Terapeutas/Voluntários(as) sobre a Gestão e a Receptividade das Práticas Integrativas Complementares (PICs), do Projeto Amanhecer (HU-UFSC-2014).

Dados dos Terapeutas/Voluntários(as)

Formação acadêmica: _____

Profissão que exerce: _____

Terapia oferecida no Projeto Amanhecer: _____

1. *Como você define o seu trabalho voluntário no Projeto Amanhecer?*
2. *Como você conheceu o Projeto Amanhecer?*
3. *Quais são as suas motivações para desenvolver trabalho voluntário no Projeto Amanhecer?*
4. *Quanto tempo atua como terapeuta voluntário no Projeto Amanhecer?*
5. *Como você avalia essa iniciativa em uma instituição pública?*
6. *Qual é a sua opinião sobre a importância do Projeto Amanhecer para a sociedade?*
7. *Como é desenvolver um trabalho voluntário na área da saúde?*
8. *Qual é o retorno da terapia que você realiza na vida das pessoas atendidas?*
9. *Você conhece as demais atividades disponibilizadas pelo Projeto Amanhecer?*
10. *Quais são suas avaliações sobre a gestão do Projeto Amanhecer?*
11. *Quais são suas avaliações sobre o espaço físico do Projeto Amanhecer?*
12. *Quais são suas avaliações sobre o conhecimento dos usuários sobre a gestão do Projeto Amanhecer?*
13. *Quais são suas opiniões sobre a interação da UFSC e do HU na gestão do Projeto Amanhecer?*

APÊNDICE C – TICS OFERECIDAS PELO PA-HU-UFSC

Acroyoga: Prática que combina exercícios do yoga com acrobacias e pode ser feita em dupla ou trio (<http://mdemulher.abril.com.br/fitness/boa-forma/acro-yoga-saiba-mais-sobre-a-pratica-que-conquistou-as-famosas>)

Acupressura: Curar usando os dedos com pressão gradual de pontos, que estimulam as habilidades auto curativas naturais do corpo, quando tocados na região periférica conseguimos afastar, amenizar ou mesmo curar certos distúrbios corporais(<http://www.sinaldafenix.com.br/>).

Amor em movimento: Atividade em grupo que visa a integração entre os participantes por meio de vivências de jogos cooperativos, dinâmica de grupo, danças, expressão de afeto e amorosidade, exercícios de sensibilização e consciência corporal (<http://www.amoremovimento.org/>).

Apometria quântica: desdobramento entre o corpo físico e os corpos espirituais no ser humano. É uma técnica de desdobramento que pode ser aplicada em todas as criaturas, não importando a saúde, a idade, o estado de sanidade mental e a resistência oferecida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE APOMETRIA).

Aromaterapia: Uso de tratamento baseado no efeito que os aromas de plantas são capazes de provocar em um indivíduo, como óleos de plantas como tratamento auxiliar de enfermidades (www.kaluana.org.br/aromaterapia).

Astrologia vivencial: Descoberta da energia representada no mapa astral de cada pessoa, através da experiência corporal é trabalhada e de exercícios vivenciais, que envolvem a expressão física dos elementos, dos signos e dos planetas (<http://michelledaya.weebly.com/astrologia-vivencial.htm>).

Astrologia: Pseudociência que estuda os corpos celestes e as prováveis relações que possuem com a vida das pessoas e os acontecimentos na Terra. (<http://www.significados.com.br/astrologia/>).

Auriculoterapia: é um sistema independente da acupuntura e especialidade da Medicina Chinesa. Ela pode tratar cerca de 200 enfermidades: de carácter funcional, carácter neurótico e psicótico. É um dos mais antigos métodos terapêuticos praticados na china. (<http://www.medicinachinesapt.com/auriculoterapia.html>)

Biodanza: É um sistema de integração humana, renovação orgânica, reeducação afetiva e reaprendizado das funções originárias da vida (<http://www.biodanza.org/pt/biodanza/definicion-de-biodanza>).

Crâniosacral: caracteriza-se por uma atitude de suave contato com o paciente. O terapeuta acredita que todo ser humano possui um enorme potencial de transformação e de cura, que basta ser mobilizado para agir com grande eficácia (<http://www.craniosacro.com.br/terapia.php>)

Cromoterapia: tratamento que consiste na utilização das cores para curar doenças e restaurar o equilíbrio físico e emocional do paciente. (<http://www.significados.com.br/cromoterapia/>)

Dança meditativa: Prática meditativa que contempla ensinamentos orientais-universais de equilíbrio interior, com cantos, mantras e dança circular meditativa, possui efeito terapêutico, estimula o desenvolvimento pessoal e conexão aos Budas (<http://taradhatusulamerica.com.br>).

Florais: são estratos líquidos sutis, geralmente ingeridos via oral, usados para tratar questões do bem-estar emocional, do desenvolvimento da alma e da saúde do corpo-mente, são preparados a partir de flores silvestres coletados no auge da florada da planta. <http://www.essenciasflorais.com.br/sobre-os-florais/>

Geoterapia: é a arte de cuidar da saúde usando a terra - a argila. É um método terapêutico natural na cura e prevenção de disfunções biológicas. (<http://medalt-esv.blogspot.com.br/2011/03/geoterapia.html>)

Ginástica holística: Conduz a uma melhor utilização do seu potencial perceptivo, sensorial e motor, e a uma atitude corporal harmônica (<http://www.patriciaacombe.com.br/ginastica-holistica>).

Homeopatia: Consiste em prescrever ao doente uma forma diluída e em pequeníssimas doses, uma substância que, em doses elevadas, é capaz de produzir num indivíduo sintomas semelhantes aos da doença que se pretende combater (<https://sites.google.com/site/ligahomeopatiamedunicamp/o-que-e-homeopatia>).

Laboratório de autoconhecimento: Promove a cada participante uma reflexão sobre sua vida pessoal, emocional e profissional.

Massagem ou Massoterapia: é a prática de aplicar força ou vibração sobre tecidos macios do corpo, incluindo músculos, tecidos conectivos, tendões, ligamentos e articulações para estimular a circulação, a mobilidade e a elasticidade (<http://massoterapia.blogs.sapo.pt/3668.html>).

Om healing: Técnica ancestral de cura em grupo que traz equilíbrio aos corpos físico, mental, emocional e espiritual (<http://bhaktimargabrasil.blogspot.com.br/p/om-healing.html>)

Osteopatia: utiliza somente as mãos para realizar o diagnóstico osteopático e tratar de seus pacientes. É preciso que tenha uma vasta experiência teórica e prática da aplicação das técnicas manuais diagnósticas e terapêuticas osteopáticas (<http://www.registrodososteopatas.com.br/osteopatia.html>).

Parapsicologia: Ciência que estuda a mente, seu poder, funcionamento e função: Consciente e Subconsciente (<http://essenciaespacoterapeutico.com.br/parapsicologia.php>).

Programa coração saudável: Técnicas de respiração, relaxamento e meditação selecionados para hipertensão, de relaxamento para o participante praticar diariamente em casa (<http://www.yogaencantada.org>).

Psicologia: Estudo científico dos processos mentais e do comportamento do ser humano e as suas interações com o ambiente físico e social (<http://www.significados.com.br/psicologia/>).

Reflexologia: é uma ciência e um método muito eficaz de tratamento ou técnica curativa holística. A pressão é aplicada nas áreas reflexas dos pés com os dedos das mãos, usando técnicas específicas, provocando mudanças fisiológicas no corpo. (<http://www.atma.ipt.com.pt/central/ata/x24yv35w.htm>)

Reiki: é uma prática espiritual que se baseia na crença da existência da energia universal "Ki", manipulável pela imposição de mãos. Reiki significa "atmosfera misteriosa" e é uma combinação de dois caracteres japoneses - REI que significa "divino" e KI que significa "energia vital". <http://www.significados.com.br/reiki/>

Tao yoga: Aspecto de autodefesa que remete a necessidade humana lidar com conflitos e a neutralizá-los sem uso da violência. É uma técnica de combate a mão desarmada, sem o uso da violência e sim da serenidade, lucidez e domínio da energia (<http://www.parapsicologiaclinica.com/#!o-que--tao-yoga/c1fvv>)

Vivência de auto cura e cura planetária: Leva a pessoa entrar em contato com seu próprio poder interno, através do repasse de informações básicas e acessíveis a todos por serem herdeiros da Energia de Luz Amor Divinos (<https://espacoluzamor.wordpress.com/about/projetos-sociais/vivencia-de-autocura-e-cura-planetaria/>)

Yoga: Filosofia e sistema holístico que trabalha o corpo e a mente ao mesmo tempo. Trabalha as emoções, ajuda as pessoas a agir de

acordo com seus pensamentos e sentimentos e traz profundo relaxamento,
concentração, tranquilidade
mental(<http://www.significados.com.br/yoga/>).