



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ALANA DIONÍZIO CARNEIRO

**PRÁTICAS NÃO CONVENCIONAIS EM SAÚDE POR
FAMILIARES E VÍNCULOS AFETIVOS DE PACIENTES
CRÍTICOS**

Cuité – PB
2013

ALANA DIONÍZIO CARNEIRO

PRÁTICAS NÃO CONVENCIONAIS EM SAÚDE POR FAMILIARES E
VÍNCULOS AFETIVOS DE PACIENTES CRÍTICOS

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - *campus* Cuité, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em enfermagem.

Orientadora: MSc. Jocelly de Araujo Ferreira

Cuité – PB
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

C289p

Carneiro, Alana Dionízio.

Práticas não convencionais em saúde por familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos. / Alana Dionízio Carneiro. – Cuité: CES, 2013.

90 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2013.

Orientadora: Jocelly de Araújo Ferreira.

1. Medicina alternativa. 2. Terapias complementares. 3. Terapias alternativas. I. Título.

CDU 615.85

ALANA DIONÍZIO CARNEIRO

PRÁTICAS NÃO CONVENCIONAIS EM SAÚDE POR FAMILIARES E
VÍNCULOS AFETIVOS DE PACIENTES CRÍTICOS

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cuité, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Prof.^a. MSc. Jocelly de Araújo Ferreira
Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande

Prof.^a. MSc. Alynne Mendonça Saraiva
Avaliadora Interna
Universidade Federal de Campina Grande

Prof.^a. MSc. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
Avaliadora Externa
Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande

Cuité, 11 de setembro de 2013

DEDICATÓRIA

A Deus fonte de toda criação, que me concedeu o dom da vida e com este, os dons do Espírito Santo.

A jornada até aqui não tem sido fácil, quem especialmente esteve à frente desta caminhada foi eu mesma, diante disto dedico este trabalho a minha força, perseverança, empenho, determinação e sacrifício de chegar a vencer mais esta etapa.

Aos meus pais fonte de toda inspiração pelo meu prosseguir, os quais me deram o suporte necessário para chegar ao fim de mais uma etapa e início de várias outras.

A minha avó Maria Luciano (*in memoriam*).

Aos estudiosos, defensores e pesquisadores desta temática, para que não percam o doce sabor de pesquisar sobre as práticas não alopáticas em saúde.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, graças e louvores sejam dadas a Ti, fonte de criação do universo, companheiro leal que me guiou e continua guiando pelas estradas da vida, que por muitas vezes nas dificuldades e em meio ao desespero me carregou no colo. Deu-me as armas necessárias para ultrapassar todas as adversidades e mostrou que sou capaz de superar a mim mesma.

A minha mainha **Roland**, e meu painho **Evaldo**, que não mediram esforços para buscar realizar um sonho meu, o de cursar Enfermagem em uma instituição federal, deixando a filhinha caçula ainda menina se aventurar em um mundo até então desconhecido, fora do convívio do lar. Obrigada pelo apoio, paciência, intercessão, confiança e todo ensinamento que foram essenciais na construção de quem hoje sou, aqui está um pouco do que posso oferecer de retorno a vocês.

Ao meu irmão, eterno pirralho, **Alex**, o qual crescemos juntos, e que de forma indireta contribuiu para meu crescimento e amadurecimento pessoal.

Ao meu mestre e irmão **Alan**, meu orgulho, pelo companheirismo, por muitas vezes assumir o papel não apenas de irmão mais velho, mas quando juntos em Cuité o papel de pai, grata pelo ensinamento e encorajamento ao saber científico, humano e pessoal, por acreditar em meu potencial.

A cunhada **Gilvânia**, pelo acolhimento, pela cumplicidade e pela partilha da trajetória, especialmente, em Cuité, pela companhia nas madrugadas de estudo, pelo encorajamento e ensinamento do saber científico no cuidar em enfermagem.

Ao meu “pacotinho”, sobrinho **Juan**, seu nascimento me trouxe um renovar de forças, um novo olhar sobre a vida, um ser tão pequenino com uma grande missão. Titia te ama e agradece por sua contribuição nessa jornada.

A Família Carneiro, em especial tia **Iaponira**, tia **Naipi** e **primas**, que estiveram mais próximos na torcida, pela admiração e apoio não apenas nesta etapa, mas por toda minha vida, um carinho mega especial a prima e enfermeira **Michella**, fonte de muita inspiração e apoio, meu orgulho.

A Família Dionísio, pela torcida e orações, em especial minha avó **Esmeralda** (*in memorian*). Tia **Sandra** e tia **Sônia**, meu carinho e agradecimento a vocês nessa construção.

Ao meu maior e eterno amor, meu “bebê gigante”, minha vózinha, **Maria Luciano** (*in memorian*), pela criação, pelas maravilhosas férias de quando criança e adolescente, pelos mimos, pela benção, intercessão, pelo apoio em mais essa etapa, mesmo sem saber que para alcançá-la era necessário atravessar quilômetros de distância, pelo exemplo de garra, determinação, amor e perdão. Por ter sido a primeira paciente de fato que cuidei. Para sempre em meu coração, eternamente grata!

Ao meu noivo e príncipe, **Túlio**, que assumiu o desafio de estar ao meu lado na compreensão e paciência pela ausência nesta reta final, por todo carinho, cuidado e confiança.

A minha madrinha, **Terezinha**, por todo carinho, cuidado, ajuda, proteção - positividade, e por toda contribuição necessária na construção de quem sou.

A professora mestre, orientadora e amiga, **Jocelly Ferreira**, pela contribuição na formação acadêmica e pessoal, pelo acolhimento, orientações para o estudo, pela ética profissional, paciência e por aceitar aventurar-se neste estudo.

Aos **professores** mestres e doutores que contribuíram para minha formação acadêmica, em Enfermagem, desde o primeiro ao décimo período.

Aos “**Mestres**” e “**Doutores**” pela partilha do conhecimento, ética e sabedoria durante o processo acadêmico, todos que fazem e fizeram parte do grupo de docentes de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - *Campus* Cuité. Em especial **Alyne, Bernadete, Erika, Gigliola, Glenda, Janaína, Lidiane, Luciana, Mariana e Priscilla** pela contribuição na formação acadêmica e também pessoal.

A instituição **UFCG - campus Cuité**, que mesmo em meio às dificuldades e protestos dos alunos, sempre buscou proporcionar uma formação acadêmica eficaz. Aos funcionários do *campus*: bibliotecários, técnicos administrativos, terceirizados, seguranças, que fizeram o funcionamento do *campus*.

A **Clígia**, telefonista do CES, que se tornou uma amiga e acompanhou todo o meu desenvolvimento no curso, sempre me incentivando.

A **Zezinho**, técnico administrativo, o qual dava suporte a coordenação de Enfermagem, pelas matrículas, adaptação de horário, impressões de RDM, histórico e declarações, pela constante torcida e incentivo para o meu sucesso acadêmico, e ~ contribuição especial pela correção das referências deste estudo.

Ao bibliotecário **Jesiel** pela valiosa contribuição na construção da formatação deste estudo.

Ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, **instituição sediadora** da pesquisa, a qual abriu as portas para a idealização do presente estudo.

Aos **participantes da pesquisa**, pois sem eles o estudo não teria sido viabilizado, obrigada pela valiosa contribuição.

A **banca examinadora**, pela valiosa contribuição para o enriquecimento da construção e valorização deste estudo.

Ao professor e estatístico **Alex**, pela disponibilidade e valiosa contribuição no apreender dos resultados estatísticos dessa pesquisa.

A **Turma 2013.1 “Escolhidos para Cuidar”**, por toda convivência, partilha e crescimento, mesmo em meio a inúmeras adversidades, divergências de pensamento, educação e culturas. Nesta, especialmente as amigas **Ana Cláudia, Bruna, Gabi, Kátia e Sabrina**, pelo companheirismo, alegrias, estudos, tristezas. Meu muito obrigado a todas as oportunidades de crescimento acadêmico, profissional e pessoal que convivi com esta turma.

A companheira de orientação e metodologia do TCC, **Nayara**, pela partilha de experiências no desenvolvimento deste trabalho.

A **Priscilla Tereza** (Prity, ~~pareia~~”), também companheira de orientação do TCC, pelo apoio ofertado, pelas confidências, desesperos, dificuldades, alegrias, cumplicidade e mão amiga sempre estendida, em todo percurso acadêmico e além deste.

A **Rayssa Naftaly**, defensora, adepta e incentivadora das práticas não convencionais em saúde, pela amizade e partilha deste saber.

A minha "anja" **Luana**, pelo ombro amigo, por ser abraço que acolhe, ouvidos que escutam o que as palavras não são capazes de expressar, boca que intercede e

aconselha, por sempre citar "tenha nervos", "tudo no final dá certo, se não deu certo não chegou ao final", essas palavras em muitos momentos ajudou-me.

A **Jaciara**, vizinha, amiga, acolhedora, que nesta reta final abriu as portas de seu lar, fazendo-me sentir em casa, pela contribuição e incentivo para o sucesso deste estudo.

A **Ana Beatriz "Bia"**, que em meio a tantos encontros e desencontros, em tão pouco tempo se formou um belo vínculo de amizade, com ela fui a luta aos direitos estudantis, sorri, chorei, brinquei, tumultuei, me fortaleci, orei, prossegui, através dela também fui conhecendo pessoas maravilhosas, que foram tornando-se especiais como **Mikaelle "Mika"** e **Desiane "Desi"**.

A **Vanille Pessoa "Nille"**, pela amizade, oração, companheirismo, preocupação, pela disponibilidade de nunca me deixar viajar sozinha, pelas conversas, madrugadas, risadas, pelo carinho.

Ao "trio sucesso", "manolos", irmãos de coração, **Rafaella (Rafinha)**, por toda gargalhada, abraços, carinho, preocupação, partilha e incentivo; **Jeferson (Jefinho)**, por toda alegria, conhecimento, união, exemplo; **Camila Carla (CC, mila, miloca, manola...)**, por ser uma pessoa especial que conheci durante esses cinco anos, mostrou-me que é possível acreditar na amizade verdadeira, comigo batalhou, sorriu, viajou, cozinhou, traquinamos, produzimos, vivemos experiências puras e maravilhosas de uma bela amizade, construímos uma irmandade.

Ao município de **Cuité**, acolhedor e encantador, palco de mais um espetáculo em minha vida, a realização de um sonho de formação acadêmica, apesar de ser um espetáculo não contracenei, e sim vivi intensamente, amadureci, descobri a verdadeira amizade, o sorriso, as lágrimas, as brincadeiras, os estudos, os aprendizados, as aventuras, as conquistas, a ter perseverança e fé. Grata ao município por tão belo cenário.

–O equilíbrio é produto da perfeita interação entre o corpo e a mente, bem como dos diversos sistemas e aparelhos orgânicos. Sendo assim, é possível compreender que quando pensa no corpo não se pode pensar nele de maneira fragmentada e positivista. O corpo é complexidade e subjetividade.”

Ana Lúcia Reboredo Velozo

RESUMO

CARNEIRO, A. D. **Práticas não convencionais em saúde por familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos.** Cuité, 2013. 90 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2013.

As práticas não convencionais em saúde são recursos terapêuticos que buscam estimular os mecanismos naturais e adaptativos do ser humano, prevenindo as doenças, restabelecendo e promovendo a saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Estas práticas objetivam o cuidado não medicamentoso, possuindo pouco ou nenhum efeito colateral e envolvendo o indivíduo holisticamente. O estudo objetivou: averiguar a aplicabilidade das práticas não convencionais na saúde de visitantes com vínculos afetivos e/ou familiares de pacientes críticos. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado nos ambientes de atendimento ao paciente crítico do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, na cidade de João Pessoa – PB. A amostra foi composta por 100 familiares, sendo os dados tratados pelo *Software* SPSS. Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, atendeu a Resolução 466/12, sendo aprovado no Comitê de Ética do HUAC, sob o parecer nº328.320. O tratamento dos dados quantitativos foram agrupados em tabelas e gráficos, discutidos à luz da literatura pertinente à temática. Os dados foram coletados mediante aplicação do questionário, disposto em duas partes: a primeira, relativo à caracterização do sujeito participante do estudo; e a segunda destinou-se a identificação dos objetivos da pesquisa. Para a caracterização dos sujeitos da pesquisa, foram levantados questionamentos sobre: o sexo, a faixa etária, o estado civil, a escolaridade, a profissão, o grau de parentesco com o paciente e o setor que irá visitar o familiar ou vínculo afetivo. Com o pressuposto de atingir os objetivos do estudo, levando em consideração a análise do material coletado, emergiram 06 gráficos: Conhecimento das práticas não convencionais em saúde; Uso das práticas não convencionais em saúde; A Finalidade da Utilização das práticas não convencionais em saúde; Benefícios Após o Uso das práticas não convencionais em saúde; Recomendação das práticas; e Identificação da Recomendação das práticas não convencionais em saúde. As práticas não convencionais proporcionam um cuidado

integral ao indivíduo, aos familiares e aos vínculos afetivos destes. Os familiares e os vínculos afetivos transmitem uma grande confiabilidade, por tanto eles vem sendo reconhecidos e integrados como componente fundamental para a influência do uso destas.

PALAVRAS - CHAVE: Terapias Complementares. Cuidados Críticos. Relações Familiares. Terapias Alternativas.

ABSTRACT

CARNEIRO, A. D. **Unconventional practices in health care by family and emotional bonds critical patients.** Cuité , 2013 . 90 f . Final paper (Undergraduate Nursing) - Unidade Acadêmica de Saúde, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2013.

The unconventional practices in health are therapeutic resources that seek to stimulate the natural and adaptive mechanisms of a human, preventing diseases, restoring and promoting health, with emphasis in receptive listening, developing the therapeutic relationship and the human integration with the environment and society. These practices aim the care without medicines, which has little or no side effects and involving the individual holistically. The study aimed to: investigate the applicability of PCIs and popular practices in health visitors with affective bonds and/or family members of critically ill patients. This is an exploratory and descriptive study with quantitative approach, performed in critical patient care environments at Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, in the city of João Pessoa - PB. The sample consisted of 100 families, and the data processed by SPSS software. Because this research evolved humans, the Resolution 466/12 was attended, and it was approved by the Comitê de Ética do HUAC, in the opinion n° 328.320. The quantitative data were grouped in tables and graphs, discussed in the light of relevant literature to the topic. The data were collected through questionnaires, arranged in two parts: the first on the characterization of the subject participating in the study, the second was aimed at identifying the research objectives. To characterize the subjects it was collected through the data collection instrument the following questions: gender, age, marital status, education, profession, relationship to the patient and the section that will visit or the family bonding. With the assumption of achieving the objectives of the study, taking into account the collected material analysis, 06 graphs emerged: Knowledge of unconventional practices in health; Use of unconventional practices in health; The Purpose of Use of unconventional practices in health; Benefits After the Use of unconventional practices in health; Recommendation practices, and identification of unconventional practices Recommendation health. The unconventional practices provide comprehensive care to individuals, families and the emotional ties of these.

Relatives and affective bonds carry a big reliability, for so they are being recognized and integrated as a key component to influence the use of these.

KEYWORDS: Complementary Therapies. Critical Care. Family Relations. Alternative Therapies.

LISTA DE TABELAS

- Tabela I** – Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo o sexo, no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. João Pessoa, Jul. 2013.....52
- Tabela II** – Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo a escolaridade e a profissão, no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. João Pessoa, Jul. 2013.....53
- Tabela III** – Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo o grau de parentesco com o paciente e o setor de visita, no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. João Pessoa, Jul. 2013.....55

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Distribuição absoluta e percentual do conhecimento das práticas não convencionais em saúde, no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. João Pessoa, Jul. 2013.....57
- Gráfico 2** – Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo a utilização das práticas não convencionais em saúde, no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. João Pessoa, Jul. 2013.....59
- Gráfico 3** – Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo a finalidade da utilização das práticas não convencionais em saúde, no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. João Pessoa, Jul. 2013.....61
- Gráfico 4** – Distribuição absoluta e percentual, segundo os benefícios com a utilização das práticas não convencionais em saúde, no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. João Pessoa, Jul. 2013.....64
- Gráfico 5** – Distribuição absoluta e percentual, segundo o indicativo da recomendação das práticas não convencionais em saúde, no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. João Pessoa, Jul. 2013.....65
- Gráfico 6** – Distribuição absoluta e percentual, segundo a recomendação das práticas não convencionais em saúde, no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. João Pessoa, Jul. 2013.....66

LISTA DE CONVENÇÕES, SIGLAS E ABREVIATURAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CFM – Conselho Federal de Medicina

CPAP – Continuous Positive Airway Pressure

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IgAs – Imunoglobulinas A

LED – Diodo Emissor de Luz

MS – Ministério da Saúde

NECE – Núcleo de Estágio, Capacitação e Eventos

OMS – Organização Mundial da Saúde

p.p – Pontos Percentuais

PIC – Práticas Integrativas e Complementares

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

SRPA – Sala de Recuperação Pós – Anestésica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCI – Terapia Complementar e Integrativa

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

URPA – Unidade de Recuperação Pós – Anestésica

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UTQ – Unidade de Tratamento de Queimados

UTSI – Unidade de Terapia Semi Intensiva

HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
2. JUSTIFICATIVA.....	22
3. OBJETIVOS.....	25
3.1 GERAL.....	26
3.2 ESPECÍFICOS.....	26
4. HIPÓTESE.....	27
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	44
6.1 TIPO DE PESQUISA.....	45
6.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	45
6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	46
6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	47
6.5 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	47
6.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	47
6.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	48
6.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	50
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICES.....	79
ANEXOS.....	85



Fonte:Internet, 2013

INTRODUÇÃO

As práticas não convencionais em saúde são recursos terapêuticos que buscam estimular os mecanismos naturais e adaptativos do ser humano, prevenindo as doenças, restabelecendo e promovendo a saúde, através de tecnologias naturais eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (MINAS GERAIS, 2013).

Estas práticas, também conhecidas como práticas terapêuticas não alopáticas são encontradas em diversas regiões, trazendo consigo as suas marcas culturais locais. Algumas destas práticas foram reconhecidas e incluídas no modelo biomédico e no sistema oficial de saúde, outras, ainda em segmentos populares da sociedade ou clínicas especializadas nessas modalidades terapêuticas (SARAIVA, 2008).

O Conselho Nacional de Saúde, em fevereiro de 2006, aprovou por unanimidade e consolidou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS), publicada e regulamentada pelas Portarias Ministeriais nº 971, em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), segundo Brasil (2008), veio atender à demanda da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da população brasileira, assim como à necessidade de normatização e harmonização dessas práticas na rede pública de saúde. Essa política possui diretrizes e ações para inserção de serviços e produtos relacionados à medicina tradicional chinesa – acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, bem como para observatórios de saúde do termalismo social e da medicina antroposófica.

As práticas não convencionais em saúde objetivam o cuidado não medicamentoso, onde possui pouco ou nenhum efeito colateral e envolvem o indivíduo holisticamente. Essas práticas vêm sendo infundidas no contexto da promoção, prevenção e reabilitação do desequilíbrio biopsicossocial do ser humano, buscando uma transformação da visão patológica do indivíduo.

Nesse contexto, as práticas não convencionais em saúde podem ser utilizadas de forma associada à medicina convencional para promover a saúde do indivíduo, ou seja, mesmo que o usuário esteja fazendo uso de medicamentos alopáticos, ele pode receber

concomitantemente os benefícios promovidos por essas várias abordagens. Essas práticas buscam a prevenção, o cuidado e a cura de doenças através do fortalecimento do organismo, enquanto que a medicina tradicional enfoca sua ação nos sintomas patológicos (MINAS GERAIS, 2013).

Partindo desta compreensão, é possível destacar a necessidade da introdução das práticas não convencionais em saúde no âmbito hospitalar, em especial nos ambientes considerados críticos, como por exemplo, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), considerando ainda a especificidade dos indivíduos tido como críticos na utilização destas terapêuticas. Esta unidade é responsável pela assistência a pacientes considerados graves, com potencial de risco de morte ou no pós - operatório imediato de algumas cirurgias de alta complexidade como as cardíacas, transplantes e neurológicas. Outros espaços de assistência ao paciente crítico ou potencialmente crítico são: Atendimento pré-hospitalar – móvel e fixo –, as unidades de urgência e emergência, as salas de recuperação pós-anestésica, as unidades intermediárias, as enfermarias e os centros obstétricos (BRASIL, 2005).

As UTIs surgiram mediante a necessidade de aprimoramento e agrupamento de recursos materiais e humanos, da necessidade de monitoramento constante e assistência ininterrupto de médicos e de enfermagem aos pacientes graves, em um núcleo especializado (MOTA, 2011).

O paciente crítico é aquele que possui um determinado grau de comprometimento à saúde, havendo alteração em algumas de suas funções fisiológicas e consequentemente uma dependência de equipamentos, cuidados específicos e medicamentos alopáticos, homeopáticos e/ou fitoterápicos, todos associados ou não para o seu tratamento, a sua estabilidade hemodinâmica e a manutenção ou cura do seu quadro clínico, podendo evoluir para um quadro iminente de óbito (VELOZO, 2011).

O Ministério da Saúde (MS) através da portaria nº. 3432/98 definiu como deve ser o atendimento na UTI, caracterizando a humanização, formulando padrões para o ambiente físico como a climatização, iluminação, divisória e relógios visíveis para todos os leitos. Essa portaria garante ainda aos familiares realizarem visitas diárias e obterem informações sobre o quadro clínico do seu respectivo familiar interno (CUNHA, 2008).

A referida portaria evidencia a importância do convívio familiar e da presença do ente querido como parte de um recurso terapêutico ao paciente, posto que conforme Grandesso (2006), todo ser humano necessita criar vínculos, relações de amizade e de convivência respeitosa onde o humano na sua dimensão afetiva possa se manifestar.

Conforme a Constituição Federal de 1988, família é a base da sociedade e tem especial proteção do Estado, para tanto compreende por entidade familiar uma união estável entre homem e a mulher, devendo a lei proporcionar a conversão em casamento. Denomina-se ainda por família a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes.

De acordo com Alves (2005), na literatura antropológica e sociológica a denominação de família não se restringe ao grupo domiciliar, ela extrapola o domicílio, a cidade e até o país. Nessa linha de pesquisa, uma família envolve pessoas com diferentes graus de parentesco, definidos a partir da descendência/ ascendência sanguínea, ou através do casamento e da adoção, concretizando-se o vínculo familiar.

Sendo assim, qualquer relacionamento no ambiente intra ou extradomiciliar é considerado como um vínculo afetivo, o qual se define por uma forte ligação através da emoção, carinho e amor correspondida entre os indivíduos. Este vínculo é formado pela apreciação das qualidades e das características ou pela sensação da necessidade de proteção e acolhimento a quem se vincula o relacionamento (BARRETO, 2008).

É de total relevância o entendimento de como esses vínculos são constituídos e potencializados em torno do convívio familiar e nos relacionamentos interpessoais, de modo que, verdadeiramente, sejam fortalecidas as relações humanas evitando que as adversidades advindas desta vivência, desintegrem laços significativos (CARVALHO, 2013).

Baseado nas conceituações de família, vínculo e relacionamento interpessoal, os profissionais que integram os ambientes tidos como críticos fazem parte desta realidade, destas vinculações, destes relacionamentos. Assim, faz jus considerar que os pacientes internos em UTIs e demais setores críticos, tenham uma assistência holística, em que o olhar do profissional não seja direcionado a patologia, mas que vislumbre o indivíduo doente como um ser biopsicossocial e espiritual. Esta visão é encontrada nas PCIs e práticas populares, pois as mesmas são estratégias terapêuticas que orientam a

assistência em saúde para a dignidade e para a qualidade de vida do paciente, família e comunidade.



Fonte:Internet, 2013

2 JUSTIFICATIVA

As práticas não convencionais em saúde são diversas, destacando-se entre elas as que são utilizadas com mais frequência: a massoterapia, a crioterapia, a termoterapia, a fitoterapia, a musicoterapia, a aromaterapia e a cromoterapia (BRASIL, 2008).

Os benefícios apresentados com a aplicabilidade dessas terapias diferem de acordo com sua especificidade. No geral as benfeitorias vão desde a estimulação nas circulações sanguíneas e linfáticas, evitando trombozes venosas, até a indução do relaxamento na musculatura, alívio das dores e/ou desconfortos, tratamento ou a cura de determinadas patologias, a autonomia do usuário ao auto conhecimento e aprendizagem, promovendo a inter-relação do profissional cliente e o bem-estar físico e psicológico (ALVIM et al, 2010).

Essas terapias não convencionais, também diminuem ansiedade, estresse, fadiga, tristeza, mal estar, sonos demais, insônia, labirintite, medos e fobias como o pânico, melhora a cefaleia, enxaqueca, cólicas, gastrite, melhora o funcionamento dos órgãos do corpo, fortalece os músculos e articulações, reduz os vícios, traz vitalidade, melhora a concentração, atenção e memória utilizando-se da cromoterapia (Idem, 2010).

As práticas populares desde primórdios de sua existência continuam sendo utilizadas na busca de soluções para problemas de saúde especialmente nas famílias, por tanto vale ressaltar a importância destas nos cuidados preventivos e curativos a saúde.

Perante o panorama apresentado, buscou-se realizar este estudo a partir da aproximação com a temática, em que desde a infância as TCIs e práticas populares faziam parte do convívio familiar, através dos conhecimentos advindos e repassados por gerações. Durante a vida acadêmica, a cientificidade destas práticas exacerbou ainda mais a necessidade de aprendizado e estudo na temática.

Assim, esta pesquisa tem por objetivo averiguar a aplicabilidade das práticas não convencionais na saúde de visitantes com vínculos afetivos e/ou familiares de pacientes críticos. Onde se justifica pelos benefícios que as terapêuticas não convencionais apresentam no setor primário de saúde e também pelos benefícios que estas trouxeram aos familiares e vínculos, bem como poderão trazer aos pacientes tido como críticos, se os mesmos as conhecerem e as praticarem por recomendação dos familiares e/ou vínculos afetivos.

Reitera-se que esta pesquisa será útil para a comunidade, incluindo a acadêmica e a social, pois os benefícios dessas terapêuticas serão demonstrados ao longo da investigação, de maneira que, essas práticas poderão ser mais reconhecidas, desejadas e implementadas nos serviços de saúde de alta complexidade, onde a aplicabilidade ainda é escassa.



Fonte:Internet, 2013

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Averiguar a aplicabilidade das práticas não convencionais na saúde de visitantes com vínculos afetivos e/ou familiares de pacientes críticos.

3.2 ESPECÍFICOS

Revelar a aplicabilidade das práticas não convencionais em saúde por visitantes com vínculos afetivos e/ou familiares de pacientes críticos.

Elencar as das práticas não convencionais em saúde utilizadas pelos visitantes com vínculos afetivos e/ou familiares de pacientes críticos.

Investigar a finalidade do uso das práticas não convencionais em saúde por visitantes com vínculos afetivos e/ou familiares de pacientes críticos.

Conhecer os benefícios do uso das práticas não convencionais em saúde por visitantes com vínculos afetivos e/ou familiares de pacientes críticos.



Fonte:Internet, 2013

4 HIPÓTESE

As práticas não convencionais em saúde possuem, atualmente, sua utilização no âmbito hospitalar escassa, mesmo sendo autorizada e legitimada pelo Ministério da Saúde como práticas que deveriam ser integradas às terapêuticas tradicionais com fins de possibilitar um cuidado holístico, centrado na pessoa do paciente. Com todo esse reconhecimento não é visível à aplicabilidade e a difusão destas terapêuticas neste ambiente, especialmente o que é considerado receptor de pacientes críticos. Estas terapêuticas concentram-se geralmente na atenção básica.

Diante do exposto poderá ser constatado que as práticas não convencionais em saúde possibilitam um cuidado integral ao aos familiares e vínculos afetivos, podendo ser desenvolvida por profissionais de saúde e pelos visitantes, levando este cuidado também ao paciente crítico quando utilizadas. Contudo evidencia-se que essas terapêuticas são pouco abordadas no ambiente hospitalocêntrico.

Assim, o presente estudo hipotetiza que apesar de algumas práticas não convencionais em saúde serem regulamentadas, e muitas vezes conhecidas pelos familiares e/ou vínculos afetivos, as mesmas não são aplicadas como terapêuticas de escolha, nos ambientes hospitalares, em especial aqueles considerados como críticos. Ainda hipotetiza-se que caso os familiares e/ou vínculos afetivos conheçam e reconheçam os benefícios de tais práticas não convencionais, estes recomendarão aos seus essas terapêuticas, que poderão ser os pacientes caracterizados como críticos .



Fonte:Internet, 2013

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 PACIENTES E AMBIENTES CRÍTICOS: UM LEVANTAMENTO NA LITERATURA

A história da assistência ao paciente crítico está intimamente ligada à da enfermagem. Florence Nigthingale teve uma fundamental participação neste processo. Na guerra da Criméia, incomodada com a situação caótica de tratamento médico, Florence com sua equipe de enfermeiras voluntárias, agruparam todos os lesionados da guerra em um mesmo ambiente, proporcionando uma assistência mais direcionada e eficaz. Esta atitude realizada por ela ficou considerada como um marco histórico, o qual deu origem às modernas Unidades de Terapia Intensiva, onde os pacientes são reunidos em um mesmo espaço, buscando facilitar, racionalizar e evidenciar uma melhor assistência (BARBOSA, 2009).

Diante da real necessidade de aperfeiçoamento da assistência ao paciente crítico ou potencialmente crítico, emergiu a necessidade da disponibilidade de unidades específicas para atenção destes (LINO; CALIL, 2008).

No transcorrer do tempo, sucederam inúmeras tentativas de organização da assistência médica e de enfermagem aos enfermos com alto grau de complexidade e assim prosseguiu-se desenvolvendo a partir: da conquista da transferência do paciente para próximo ao posto de enfermagem; do agrupamento deles por quartos especializados de acordo com as patologias, e por fim o internamento em UTIs como é a situação atual (SÓRIA, 2006).

Em presença das UTIs, conceitua-se paciente crítico aquele que tem um grau de comprometimento a sua saúde levando a condições limítrofes, por algumas alterações das funções fisiológicas e conseqüentemente a necessidade de suporte físico tecnológico, cuidados específicos e medicamentosos – alopáticos – associados ou não para a manutenção ou cura do seu quadro clínico, cuja homeostasia não é tão facilmente alcançada, desta forma podendo evoluir para um quadro iminente de óbito. Este paciente possui peculiaridades que os diferenciam dos assistidos em outros ambientes de internação (VELOZO, 2011).

O atendimento a estes, requer de estruturas e equipamentos que possam oferecer suporte necessário a equipe de atenção à saúde, dentro das primícias da

interdisciplinaridade e da humanização, baseando-se nas necessidades do usuário, preservando a integralidade do indivíduo e a participação efetiva da equipe assistencial.

Sendo assim, de acordo com a Portaria 3.432 de 12 de agosto de 1988 do Ministério da Saúde, a equipe deve compreender e ter a participação eficaz e compartilhada de profissionais da área de psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e assistência social, médicos intensivistas, plantonistas e diaristas, enfermeiro coordenador, com respaldo científico à atuarem na área, técnicos em enfermagem, funcionários responsáveis pela limpeza, acesso ao cirurgião geral, cardiovascular, neurocirurgião, torácico e ortopedista (BRASIL, 2005).

Os médicos, os enfermeiros e os técnicos de enfermagem devem agir como protagonistas que visam proporcionar uma elevação nas oportunidades de uma melhor qualidade de vida, através de uma técnica assistencial humanizada, diminuindo ansiedades, diante do ambiente hostil. Estes profissionais possuem um controle sobre o paciente, que com frequência é tratado como criança, em que os limites próprios do paciente não são respeitados devido aos protocolos que incluem cronograma de banho, curativo, medicação e alimentação. Sendo assim, o paciente perde sua identidade e com essa perda, passa a sua autonomia e responsabilidade para a equipe de cuidados a qual exerce certo domínio sobre esses pacientes, através de tubos, aparelhos, cateteres e drenos (VELOZO, 2011).

Os centros de atendimento ao paciente crítico são tecnologicamente diferenciados e se colocaram historicamente como unidades fechadas e de acesso restrito. Essas restrições se deram grande parte não apenas no universo social em que pertence diretamente ao dia a dia da prática hospitalar, mas também aqueles que se encontram circunstancialmente entrelaçados a estas unidades, atingindo as próprias assistências de saúde, tanto no nível hospitalar quanto extra-hospitalar (BRASIL, 2005).

Atualmente, a inserção de novas tecnologias na área da saúde tem modificado algumas forças de trabalho no setor crítico, nos meios diagnósticos e terapêuticos. Os profissionais dos ambientes críticos devem estar sempre atentos no seu campo de atuação a essas atualizações das tecnologias do cuidar, as quais estão cada dia mais avançadas, proporcionando assim uma assistência humanizada e qualificada na interação paciente-equipe (VELOZO, 2011).

Devido a percepção sistêmica e embasada na necessidade do paciente crítico ou potencialmente crítico, este se encontra instalado em diversos ambientes assistenciais desde da área pré-hospitalar – móvel e fixo – até as Unidades de Tratamento Intensivo – UTIs , abrangendo ainda as Unidades de Urgência/ Emergência, Sala de Recuperação Pós-Anestésica, Unidades Intermediárias ou Semi intensivas, as Enfermarias e os Centros Obstétricos. Sendo assim, este sistema de atenção ao paciente crítico ou potencialmente crítico requer uma consolidação de uma rede assistencial – hospitalar e extra-hospitalar – que opere de maneira organizada, pactuada e regulada no intuito de ofertar ao usuário uma atenção qualificada e humanizada, compatível com o cuidado necessário ao objetivo da assistência integral ao paciente (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde, na Portaria nº 824/GM em 24 de Junho de 1999 considera como nível pré-hospitalar na área de urgência-emergência aquele atendimento que procura chegar à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo à sua saúde que possa levar à deficiência física ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento adequado e transporte a um hospital devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde.

O serviço de atendimento pré-hospitalar pode ser constituído por uma ou mais unidades de atendimento, de acordo com a população a ser atendida. A depender do tipo da unidade móvel, os recursos tecnológicos e humanos na mesma, são alocados – equipamentos, materiais, medicamentos, no mínimo dois profissionais capacitados – para fornecer o suporte necessário ao paciente até a chegada ao ambiente hospitalar (BRASIL, 1999).

Além dos serviços móveis de urgência, as UTIs também ofertam assistência ao pacientes críticos. Diante desta afirmativa, entende-se que as UTIs surgiram através da necessidade de concentração de recursos materiais e humanos para os pacientes tidos como graves, em estado crítico, entretanto recuperáveis, e pela necessidade de monitorização constante dos olhares da equipe médica e de enfermagem, reagrupando em um núcleo especializado (MOTA, 2011). De acordo com Siqueira et al. (2006) os pacientes internados nesta unidade, destacam-se por apresentarem um rebaixamento do nível de consciência, caracterizado pela ausência de respostas verbais e não verbais.

Ainda que a UTI seja denominada como o ambiente ideal para a assistência aos pacientes críticos ou potencialmente críticos, esta é considerada um dos ambientes mais

hostis, tensos e marcantes de um hospital. Os determinantes agressivos não afetam apenas aos pacientes e sim toda a equipe multiprofissional, em especial a enfermagem que está intrinsecamente ligada ao cuidado direto, participando e visualizando constantemente de situações de pronto-atendimento, pacientes graves, isolamento, morte e questões familiares (BARBOSA, 2009).

Na continuidade em dissertar sobre os serviços de saúde considerados como críticos, o Conselho Federal de Medicina, na Resolução CFM nº 1.451, de 10 de março de 1995, conceitua urgência como a ocorrência inesperada das condições de agravo a saúde, com ou sem risco de vida, onde o indivíduo afetado necessita de assistência médica imediata (FORTES et al, 2010).

A Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) também chamada de Unidade de Cuidado Pós-Anestésico surgiu inicialmente para consentir detectar e tratar precocemente as prováveis complicações relacionadas aos procedimentos anestésicos ou cirúrgicos. A Resolução do Conselho Federal de Medicina N.º1.802/2006 revogando a Resolução CFM N.º1363/1993 no seu inciso 4º, dispõe sobre a prática do ato anestésico, considerando que a mesma deve desde a admissão até o momento da alta os pacientes monitorá-los quanto à circulação, respiração, nível de consciência e intensidade da dor (BRASÍLIA,1993).

De acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará na resolução nº 44/2012 de 01 de outubro de 2012, que define e regulamenta a sala de recuperação pós anestésica, dispõe que esta designa-se a uma unidade de cuidados específicos, cuja função é garantir a recuperação pós procedimento anestésico e prestar cuidados pós cirúrgicos imediatos. Todo e qualquer indivíduo submetido à anestesia deve ser encaminhado à SRPA, exceto por alguma indicação contrária do anesthesiologista responsável pelo procedimento que tem total autonomia (CEARÁ, 2012).

A Unidade de Tratamento Semi Intensivo (UTSI) é um setor em que se agrupam pacientes que necessitam de cuidados intensos, entretanto não carecem de monitoramento permanente, a unidade dispõe praticamente de todos os recursos humanos e tecnológicos da UTI. Além de uma assistência especializada esta visa preparar o paciente para o momento da alta hospitalar retornando assim para as atividades cotidianas (CEARÁ, 2002).

Os critérios necessários para uma admissão de um paciente na UTSI, de acordo com (HOSPITAL SIRIO LIBANES, 2009) são: gravemente enfermo, portador de doença potencialmente recuperável, que, com tratamento adequado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Emergência ou Centro Cirúrgico, alcançou estabilidade de seus sinais vitais, mas não reúne condições clínicas para ser mantido com os recursos terapêuticos próprios de unidade de internação comum (enfermaria, apartamento).

Ainda de acordo com dados do Hospital Sirio Libanês (2009) nas UTSI estão internos aqueles pacientes que: encontram-se gravemente enfermo, portador de situação clínica ou cirúrgica crônica, não ameaçadora da vida, ou com insuficiência, também não ameaçadora da vida, de um ou mais de seus sistemas fisiológicos básicos; que se apresentam como de moderado risco, necessitando de monitorização e vigilância contínuas; e que em morte cerebral, necessitam de cuidados específicos por se tratar de potencial doador de órgãos e tecidos, desde que a unidade hospitalar esteja oficialmente vinculada a um Centro de Transplante de Órgãos.

Tanto na UTSI como na UTI, entre as co morbididades encontradas nos pacientes críticos, destacam-se as que apresentam um rebaixamento do nível de consciência, caracterizado pela ausência de respostas verbais e não verbais. Nestas co morbididades estão: pacientes clínicos ou cirúrgicos com risco de apresentar complicações necessitando de observação mais sistemática de suas funções vitais (pós-operatório de cirurgias de médio e grande porte, hemorragia digestiva sem repercussão hemodinâmica); pacientes que necessitem de procedimentos de baixa ou média complexidade em terapia intensiva para sua sobrevivência (manejo de secreções das vias aéreas, infusão controlada de inotrópicos em baixa dose); pacientes que requeiram o uso de suporte ventilatório artificial em baixos parâmetros (pós-operatório de pacientes com função pulmonar normal, processo de desmame da prótese ventilatória, pacientes sem injúria pulmonar, intoxicação medicamentosa com repercussão moderada) (BRASIL, 2005).

Contemporaneamente, existe uma inquietação maior por parte dos profissionais intensivistas em ofertar uma assistência qualificada, buscando objetivar o cuidar das necessidades individuais dos pacientes e uma proximidade maior com os vínculos familiares destes. Sendo assim, o cuidado em enfermagem oferecido ao indivíduo interno no ambiente crítico, visa atendê-lo em sua totalidade suprimindo as necessidades biopsicossociospirituais (SÓRIA, 2006).

De maneira objetiva e particular, a assistência ao paciente crítico vem alcançando progressos a partir do pacto estabelecido pelo Ministério da Saúde, em que o mesmo oferta recursos que possibilitem atingir esses pressupostos. Entre esses recursos, está à promoção de capacitações para aperfeiçoamento dos profissionais, desenvolvimento de projetos, melhorias na gestão e uma rede de serviço contínua que permita uma assistência segura e integral, trazendo resultados positivos, proporcionando uma melhor qualificação do atendimento e satisfação de todos os envolvidos na assistência (BRASIL, 2009).

5.2 CONHECENDO AS PRÁTICAS NÃO CONVENCIONAIS EM SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E ATUAIS

Historicamente, as chamadas terapias alternativas ou complementares (TA/C), trazem em sua existência, divergências, em que alguns estudiosos e pesquisadores afirmam que o uso destas tenha início há 5.000 anos na China. Entretanto, existem afirmações que a utilização destas práticas se deu a partir de escavações realizadas no Egito, onde demonstraram que há 2330 a.C., existiam formas terapêuticas não alopáticas sendo utilizadas (LEITE; ZÂNGARO, 2011).

As práticas não convencionais em saúde são terapias que objetivam a prevenção, tratamento ou cura na assistência a saúde do indivíduo, considerando-o como biopsicosocial e não um anexo de partes isoladas. Diferentemente do cuidado alopático ou medicina ocidental que a cura ocorre direcionadamente ao órgão ou parte doente (PORTO ALEGRE, 2012).

As práticas não convencionais em saúde são desenvolvidas dentro de um contexto social que envolve os valores culturais do indivíduo, esta geralmente é o primeiro recurso utilizado pelas famílias para o cuidar de seus vínculos afetivos e familiares (OLIVEIRA et al, 2010).

São consideradas práticas não convencionais em saúde, segundo Cruz et al., (2012): a homeopatia, a fitoterapia, a termoterapia, a crioterapia, a massoterapia, a quiropraxia, a acupuntura, as medicinas tradicionais chinesas, a reflexologia, a aromaterapia, a cromoterapia, a musicoterapia, o shiatsu, a osteopatia, a Ioga, a Ayurveda, o reiki, a fototerapia, a terapia comunitária, a shantala. No entanto, o Ministério da Saúde na Política de Práticas Integrativas e Complementares, reconhece

apenas a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, a Homeopatia, as Plantas Mediciniais, a Fitoterapia, além dos observatórios de saúde para o Termalismo Social e a Medicina Antroposófica. (BRASIL, 2012).

Segue abaixo as conceituações das práticas não convencionais em saúde, que foram referidas anteriormente:

Para **homeopatia**, as doenças são geradas pelo desequilíbrio das forças do organismo. É uma especialidade farmacêutica, médica, odontológica e veterinária que foi fundada no início do século 19. Esta se baseia no princípio que semelhante cura semelhante, ou seja, que uma pessoa doente pode ser curada por um medicamento que é capaz de produzir sintomas parecidos em uma pessoa sadia (BRASIL, 2008).

A **fitoterapia** é o estudo das plantas medicinais e suas aplicações na cura das doenças (Idem, 2008).

A **acupuntura** é uma terapia milenar chinesa que consiste na aplicação de agulhas em pontos específicos do corpo. Estas agulhas são aplicadas pelo acupunturista no local correspondente à situação a ser tratada, no próprio local e/ou no meridiano correspondente à doença a ser tratada (Idem,2008).

Medicina Antroposófica é uma ampliação da Medicina Acadêmica. Esta se baseia nos métodos das ciências naturais, que nos permitem penetrar em todos os detalhes da natureza física ou corporal do organismo humano (Idem,2008).

A **termoterapia** é a aplicação terapêutica de qualquer substância ao corpo que resulta no aumento ou diminuição da temperatura dos tecidos corporais, é uma forma de energia relacionada com o movimento molecular de um corpo (FELICE; SANTANA, 2009).

A **crioterapia** é a utilização do gelo ou de baixas temperaturas como forma terapêutica para controlar a dor e a inflamação ou atingir objetivos estéticos como emagrecer ou retirar verrugas, por exemplo (Idem, 2009).

A **massoterapia** é um meio ancestral de alcançar a cura e o resgate do bem-estar através de movimentos que se valem de toques com as mãos, os quais exercem sobre o corpo intensidade, fricções e pressões necessárias para propiciar relaxamento, alívio das tensões cotidianas, uma melhor circulação do sangue e das substâncias linfáticas, a

oxigenação dos tecidos orgânicos e o resgate das energias perdidas (MARQUES; NETO, 2010).

A **quiropaxia** é uma profissão da saúde que lida com o diagnóstico, o tratamento e a prevenção das desordens do sistema neuromúsculoesquelético e dos efeitos destas desordens na saúde em geral. Há uma ênfase em técnicas manuais, incluindo o ajuste e/ou a manipulação articular, com um enfoque particular nas subluxações (Idem, 2010).

A **Aromaterapia** é um ramo da fitoterapia que consiste no uso de tratamento baseado no efeito que os aromas de plantas são capazes de provocar no indivíduo, através do uso de óleos essenciais puros. É bastante utilizada para tratamentos relaxantes do corpo e também da alma (Idem, 2010).

A **Cromoterapia** é a terapêutica que utiliza as cores do Espectro Solar para restaurar o equilíbrio físico-energético em áreas do corpo humano atingidas por alguma disfunção (Idem, 2010).

A **Musicoterapia** é o uso de música e de seus elementos - som, ritmo, melodia e harmonia - para a reabilitação física, mental e social de indivíduos ou grupos (Idem, 2010).

O **Shiatsu** é o termo utilizado para uma técnica de massagem milenar que utiliza a pressão dos dedos para liberação da musculatura do corpo. É uma técnica oriental baseada no equilíbrio corpo-mente do indivíduo, atuando nos pontos vitais de energia do corpo (Idem, 2010).

A **Osteopatia** é uma terapia em que consiste na estimulação manual dos tecidos – articulações, músculos, tendões, fâscias, ligamentos, cápsulas, vísceras, tecido nervoso, vascular e linfático- com técnicas específicas, que incluem massagens e outros exercícios (Idem, 2010).

A **Ioga** é considerada uma terapia complementar do tipo mente/corpo e combina posturas, técnicas respiratórias, meditação ou relaxamento. A finalidade é promover equilíbrio físico, mental, psíquico e espiritual (Idem, 2010).

Ayurveda é uma medicina complexa e utiliza diversas ferramentas terapêuticas para equilibrar os doshas: massagem ayurvedica, óleos medicinais, dieta, rotina diária

de hábitos saudáveis, oleação e sudação (purvakarma), fitoterapia (uso terapêutico das plantas medicinais), terapias purificadoras (panchakarma), medicamentos com metais, minerais e pedras preciosas (rasa shastra), recomendação de atividade física, prática de yoga e meditação (Idem, 2010).

A **Shantala** é uma técnica usada com a finalidade de acentuar o toque de afeto entre bebê e cuidador por meio da massagem corporal, contribuindo com o aumento da oxigenação dos tecidos, favorecendo na respiração, no tratamento das cólicas e prisão de ventre e no humor do bebê (Idem, 2010).

A **Reflexologia** a mais comumente conhecida é a Reflexologia Podal, entretanto existem outras, é caracterizada pelo estímulo de zonas ligadas ao sistema nervoso distribuídas em diversos locais pelo corpo. Através do estímulo de alguns pontos dessas zonas, por meio de massagens e leve pressões é possível ajudar o corpo a combater problemas físicos e emocionais (SARAIVA, 2008).

O **Reiki** é uma prática espiritual, enquadrada no vitalismo que utiliza da técnica de cura através da imposição das mãos (Idem, 2008).

A **fototerapia** consiste em uma série de tratamentos à base de processos fotoquímicos que não queimam ou provocam danos à superfície da pele. Nela o paciente é tratado através de determinados comprimentos de onda, gerados por equipamentos como lasers, diodos emissores de luz - LED - e lâmpadas fluorescentes, os quais estimulam ou mesmo inibem certas atividades das células, favorecendo o rejuvenescimento e recuperação tecidual (BOTAS, 2012).

A **Terapia Comunitária** é uma metodologia que proporciona o encontro entre as pessoas para que conheçam melhor a si e à comunidade em que vivem, e juntos busquem alternativas para lidar com os problemas do cotidiano, sendo assim, não se trata de uma terapêutica totalmente individual e sim coletiva, melhorando as relações sociais (BARRETO, 2008).

As práticas populares em saúde são aquelas desenvolvidas através de recursos enraizados no conhecimento empírico utilizado pelas famílias, pessoas leigas e por terapeutas populares, que se propagam de geração a geração e não estão intimamente ligadas aos serviços formais de saúde (OLIVEIRA et al, 2010).

Entre as práticas populares, existem algumas que são mais utilizadas e difundidas: Inalações, lambedores e chás. Estas como citado anteriormente são desenvolvidas através de conhecimentos empírico com finalidades terapêuticas que visam o bem estar do indivíduo.

Os princípios básicos destas terapias alternativas e práticas são: sintonia com a natureza; percepção da doença; respeito pelas emanções energéticas de origem externa; integração da mente com corpo (ALMEIDA, 2011).

Essas práticas terapêuticas são ações de cuidado que podem ser desenvolvidas por profissionais e pessoas comuns que desejam cooperar para o bem estar biopsíquico e espiritual do indivíduo, desde que utilizem do saber científico e/ou popular em saúde. Tais terapêuticas podem ser compreendidas também como práticas do cuidado (SARAIVA, 2008).

Essas práticas terapêuticas têm uma visão ampliada do processo saúde/doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. Os diagnósticos são embasados no indivíduo como um todo, considerando-o em seus vários aspectos: físico, psíquico, emocional e social. Buscando uma mudança de paradigma, da lógica de intervenção focada na doença para que seja voltada para a saúde do indivíduo, essas terapêuticas contribuem para a ampliação do modelo de atenção à saúde, pois atendem ao paciente na sua integralidade, singularidade e complexidade, considerando sua inserção sociocultural e fortalecendo a relação médico/paciente, o que contribui para a humanização na assistência. (MINAS GERAIS, 2010, p.1).

A medicina alopática tem ainda uma visão fragmentada do indivíduo, apreciando o curativismo e a medicalização. Do grego *allos* (outro) e *pháthos* (doença), alopátia é um processo terapêutico que visa tratar as patologias por vias contrárias a estas, buscando distinguir as causas e eliminá-las, através de estudos científicos, ignorando assim a subjetividade do indivíduo (SILVA, 2012). As práticas terapêuticas são provindas geralmente do saber popular em saúde, do conhecimento perpassado entre gerações.

Em alguns países como Canadá e França, uma parcela considerável (70%) da população recorre a tratamentos não alopáticos para obtenção da cura. Os métodos adotados são diferentemente uns dos outros, até mesmo nos resultados. O comum entre eles é que possuem uma visão do corpo como Hipócrates, que aprecia o indivíduo não

como uma máquina, mas como organismos vivos, completos de partes interdependentes (SOALHEIROS; NUNES, 2004).

Nas práticas não convencionais em saúde deve haver uma interação entre o saber científico e o saber popular em saúde. Nesta interação, os profissionais com a comunidade poderão ser um campo fértil de desenvolvimento de vínculos, em que as pessoas poderão reencontrar a identidade cultural, social e histórica, construindo redes de suporte social, objetivando as melhores condições de saúde (SARAIVA, 2008).

Estudar essas práticas terapêuticas, no Brasil, é de total relevância visto que este país foi o pioneiro no reconhecimento destas. Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, o tema sobre a integração de terapêuticas não alopáticas nos serviços de saúde, foi posto em pauta como uma maneira democrática dos usuários escolherem sobre o tratamento a ser utilizado no cuidado com a saúde (BRASIL, 2006).

Em fevereiro de 2006, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, publicada na forma das Portarias Ministeriais nº 971 em 03 de maio de 2006, e nº 1.600, de 17 de julho de 2006 (SILVA et al, 2011). Esta portaria tem por objetivo: contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso às práticas integrativas e complementares, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso destas terapêuticas (BRASIL, 2011).

A terapêutica não convencional em saúde emergiu com a finalidade de utilizar destas práticas terapêuticas para a prevenção, promoção e reabilitação da saúde física e psíquica, sem nenhuma medicalização alopática. Os medicamentos não tratam as causas, apenas os sintomas (SARAIVA, 2008).

As práticas terapêuticas não convencionais em saúde, podem ser uma ótima estratégia para manter-se saudável, devido a filosofia que estas pregam do equilíbrio nos vários aspectos da vida, uma maneira simples de prevenção as doenças. Estas, ainda são uma ótima saída para problemas advindos da subjetividade, como patologias ligadas à tensão, proporcionando conversas com o terapeuta, utilizando da musicoterapia e massoterapia. Doenças de fatores idiossincráticos e misteriosas como as alergias, e os outros males pouco compreendidos pela medicina ocidental, tendem a se beneficiar de terapêuticas como a acupuntura e a homeopatia (SOALHEIROS; NUNES, 2004).

Esses fatores filosóficos das práticas não convencionais em saúde, como a reabilitação da saúde física e psíquica sem medicalização alopática, levam as pessoas que estão exaustas da visão fragmentada para a busca de outras formas de cuidado que sejam mais humanizadas e integrativas, ou seja, que possam abraçar o indivíduo de forma holística, proporcionando um equilíbrio energético e espiritual do corpo. Todavia, de modo geral no nosso país, as abordagens alternativas não foram criadas com o intuito de curar doenças, mas de preveni-las e de complementar um tratamento convencional (SILVA, 2012).

A busca dessas PICs tem corroborado para uma melhor qualidade de vida dos usuários. As vantagens que se pode visualizar no uso das terapias são: o baixo custo, o fácil acesso, os inexpressivos efeitos colaterais, a dispensa de intervenções hospitalares e o fortalecimento das relações interpessoais. É por isso Policarpo (2012), ressalta que cada vez mais existe um crescimento da procura pelas terapias alternativas e complementares.

5.3 VÍNCULOS AFETIVOS E FAMILIARES: UM REFERENCIAL PARA AS PRÁTICAS BENFEITORAS A SAÚDE.

De acordo com o contexto histórico, família sempre possuiu uma importância para o arcabouço social. Na antiguidade greco-romana, assegurava-se como associação religiosa de culto doméstico, em que sob a direção do pai era celebrada. Embora o surgimento da família não seja depositado à religião, esta foi quem estabeleceu as principais regras da constituição familiar. Assim, prosseguiu-se por muito tempo como uma instituição sobre a regulação religiosa, embora a origem não seja creditada à religião (MENEZES, 2008).

O sistema familiar perpassa por várias alterações em sua existência, não apenas em relação ao tamanho da sua constituição, mas, também, na estrutura funcional, adaptando-se conforme as circunstâncias. A família, como organização e sistema social, tem um contexto histórico. Ao longo desse contexto, foram aparecendo vários modelos e tipos de família (BARRETO, 2008).

No período do Brasil-Império a família brasileira, acompanhava rigorosamente a disciplina da Igreja Católica Apostólica Romana, religião oficial proclamada pela

Constituição Imperial. Assim adotava o modelo matrimonial, formado pelo casamento religioso e uma organização patriarcal. Através do Decreto nº. 181 de 24 de maio, o casamento passou a ser civil. Mesmo com a chegada da República, quando também estabeleceu no Brasil o Estado laico, a família persistiu no regime semelhante ao professado pela Igreja (MENEZES, 2008).

Entretanto, em uma pesquisa anual intitulada Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD – 2000), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, já revela a pluralidade dos arranjos familiares no Brasil.

Entre os modelos familiares, encontram-se: o modelo matrimonial, com filhos biológicos, filhos adotivos, e sem filhos; a união estável heterossexual, com filhos biológicos, adotivos, e sem filhos; a família monoparental, composta com pai ou mãe e descendentes biológico, descendentes biológicos e adotivos; a união de parentes e pessoas que convivem em interdependência afetiva; pessoas sem laços de parentesco que passam a conviver em caráter permanente, com laços de afetividade e de ajuda mútua, sem finalidade sexual ou econômica; uniões homossexuais, de caráter afetivo e sexual e uniões concubinárias, quando houver impedimento para casar de um ou de ambos conviventes, com ou sem filhos. Por fim, comunidade afetiva formada com “filhos de criação”, sem laços de filiação natural ou adotiva regular (LOBO, 2013).

Sendo assim, a família é um sistema composto não tão somente por pessoas, mas sim por uma forte e essencial ligação entre elas. É uma unidade social formada por um grupo de pessoas que se relacionam não apenas por um grau de parentesco, mas também, em uma relação com solidariedade e afetividade, nas quais objetivam viverem juntos e trabalharem para satisfazer as necessidades comuns da instituição familiar e solucionar os problemas (MEYER et al, 2012).

O Brasil como estado laico, consagrado pelo pluralismo, respeito à adversidade e a autonomia da pessoa, não convém que a ordem infraconstitucional, constitua modelos ideais de família, eliminando outros já existentes na interface social. Uma vez que é identificada e reconhecida a autonomia do indivíduo na sua formação familiar e sua natureza sócio-cultural, o Poder Judiciário terá de reconhecer-lhes os efeitos apesar das nuances com as quais estes se apresentam. Vale destacar que o vínculo afetivo e o reconhecimento de pertença dos membros ao grupo por eles denominado como família (MENEZES, 2008).

Pinto (2007) afirma que, a afetividade consegue englobar um exacerbado estado de ânimo, envolvendo uma organização viva de significados e conteúdos psicológicos, como tristeza, amor, paixão, inveja, desesperança e outros. Os seres humanos agem psicológico-afetivamente às experiências da vida. Em extrato, estes são “afetados” pela afetividade.

Vínculo é tudo que entrelaça as pessoas entre si e a terra, às suas crenças aos seus princípios e à cultura. Este sugere uma identidade, autenticidade, concordância e inclusão, proporcionando o surgimento e fortalecimento de uma rede solidária. Vale destacar a formação e potencialização destes vínculos dentro do contexto familiar e nas relações interpessoais, para que as relações humanas sejam efetivadas e fortalecidas, anteparando as adversidades advindas da essência humana barrando a desintegração de laços significativos (CARVALHO, 2013).

Adalberto Barreto (2008) destaca que não existe algo mais gratificante e prazeroso do que sentir que a nossa chegada proporciona um sentimento de alegria e acolhimento no outro. Ao chegar em um primeiro grupo social, que é a família, este nos confere um aconchego no qual faz parte de um projeto maior que envolve aqueles que geraram e aqueles com os quais vai conviver, o sentimento é de alegria, prazer e realização ao sentir-se parte deste processo. Assim começa a surgir um sentimento de estar no lugar certo, na sua casa, na sua família, e um desejo de reciprocidade.

O objetivo da assistência é auxiliar a família, na medida do possível, a identificar e a sanar as inquietações interacionais, enfrentar os problemas e posicionar-se nas tomadas de decisões necessárias. O profissional deve estar direcionado a ajudar e capacitar os familiares de maneira que possam atender às necessidades do seu familiar, principalmente em relação ao processo saúde-doença, disponibilizando recursos, promovendo apoio mútuo e crescimento (JÓIA, 2011).

Para que uma assistência seja denominada de cuidado familiar, faz-se necessário que os profissionais tenham conhecimento acerca do universo que envolve a família, pois cuidar convém da capacidade de compreender e atender adequadamente as necessidades do indivíduo. Para tanto, conhecer a família os vínculos afetivos é preciso, ter uma sensibilidade suficiente para ouvir e visualizar nas entrelinhas o que está implícito.



Fonte:Internet, 2013

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. Segundo Gil (2008), o estudo exploratório proporciona uma maior familiaridade com o problema em questão, e seu principal objetivo é o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Enquanto que o estudo descritivo tem a finalidade de conhecer as características de um determinado grupo, ou estabelecer relações entre variáveis.

Segundo Eduardo Moresi (2003) a pesquisa quantitativa visa descobrir quantas pessoas de uma determinada população compartilham uma característica ou um grupo de características. Ela é especialmente projetada para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística.

De acordo com Marconi e Lakatos (2007) no universo quantitativo deve-se observar a objetividade, sistematização e quantificação dos conceitos evidenciados na comunicação. Ainda neste universo evidencia a observação e a valorização dos fenômenos, estabelece idéias, demonstra o grau de fundamentação, revista idéias resultantes da análise e propõe novas observações e valorizações para esclarecer, modificar e/ou fundamentar respostas e idéias.

Os métodos quantitativos para Goldemberg (2002), Marconi; Lakatos (2007): simplificam a vida social limitando-a aos fenômenos que podem ser enunciados, além de apresentarem abordagens que sacrificam a compreensão do significado em troca do rigor matemático.

6.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nos ambientes de atendimento ao paciente crítico do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, locado na cidade de João Pessoa – PB.

O Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, possui dentre os ambientes tido como críticos os seguintes leitos: dezoito leitos em uma UTI Adulta I; oito leitos na adulto II; três UTI pediátrica; quatro na urgência e emergência –

sala vermelha; oito Unidades de Tratamento de Queimados - UTQ; oito leitos na UTSI e seis nas salas cirúrgicas.

Todos os ambientes citados acima são equipados por : cama de Fawler, com grades laterais e rodízio; monitor de beira de leito com visoscópio; carro ressuscitador com monitor, desfibrilador, cardioversor e material para intubação; ventilador pulmonar com misturador tipo blender; oxímetro de pulso; bomba de infusão; conjunto de nebulização, em máscara; conjunto padronizado de beira de leito, contendo: termômetro (eletrônico, portátil, no caso de UTI neonatal), esfigmomanômetro, estetoscópio,ambu com máscara (ressuscitador manual); bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, toracotomia, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueostomia.

Também se encontram nestes setores: monitor de pressão invasiva; marcapasso cardíaco externo, eletrodos e gerador na unidade; eletrocardiógrafo portátil, dois de uso exclusivo da unidade; maca para transporte com cilindro de oxigênio; máscaras com venturi; aspirador portátil; negatoscópio; oftalmoscópio; otoscópio; pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo; cilindro de oxigênio e ar comprimido; conjunto CPAP nasal mais umidificador aquecido; capacete para oxigênio-terapia para UTI pediátrica e neonatal; fototerapia; incubadora com parede dupla; balança eletrônica.

O ambiente cirúrgico possui seis leitos, prontos para serem realizadas as cirurgias das seguintes especialidades: Traumatológicas, Neurológicas, Oftalmológicas, Abdominais e Buco - maxilares.

6.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa foi efetivada com os familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos escolhidos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Desse universo estimou-se uma amostra de 100 familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos, que foi extraída de maneira ponderal durante os turnos de visitas no período da coleta de dados, esta envolveu os sujeitos da população de visitantes e acompanhantes com vínculos afetivos de pacientes críticos.

Amostra foi um subconjunto extraído da população, que se considerou ser representativo dentre as características da mesma, sobre o qual foi realizado o estudo, com o objetivo de serem retiradas conclusões adequadas sobre a população (VIEIRA; HOSSNE, 2001).

6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram adotados nesta pesquisa os seguintes critérios de inclusão: ser familiar ou ter vínculo afetivo com o paciente crítico hospitalizado; ter no mínimo 18 anos de idade; ser alfabetizado e que aceitassem participar livremente da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

6.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento para coleta dos dados foi um questionário contendo exclusivamente questões objetivas (APÊNDICE B). A primeira parte do questionário correspondeu à caracterização do sujeito e subsequentemente na segunda parte, a identificação dos objetivos do estudo. Acerca do questionário Gil (2008), o define como uma ferramenta para investigação composta por várias questões elaboradas com base no objetivo do estudo, a fim de obter dados sobre conhecimentos, sentimentos, interesses e expectativas.

A coleta de dados se deu por meio da aplicação do questionário referido anteriormente. O mesmo caracterizou os sujeitos da pesquisa e a compreensão a cerca da aplicabilidade de terapias alternativas/complementares e práticas populares na saúde por familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos.

6.6 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta de dados foram seguidos os seguintes passos: Solicitou-se a autorização da instituição Proponente (ANEXO D) e da instituição sediadora para coleta de dados da pesquisa com os pacientes dos ambientes críticos – UTQ; UTI; UTSI; URPA; Bloco Cirúrgico; Sala Vermelha – do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, na cidade de João Pessoa - PB (ANEXO A1). Foi solicitada a autorização ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do

Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Após a autorização do CEP, foi agendada a visita do graduando, com a finalidade de apresentar a pesquisa aos visitantes familiares ou vínculos afetivos dos pacientes críticos e convidá-los a participarem da mesma; foram promovidas informações aos sujeitos da pesquisa sobre a proposta, a relevância, assim como os objetivos do estudo; explicados o motivo da coleta de dados, o modo como seria efetuada a entrevista, a garantia do anonimato, bem como a possibilidade da desvinculação do estudo sem danos pessoais; em seguida cada participante foi convidado para a realização da leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A); solicitando a assinatura do TCLE e prosseguindo com o início da pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada mediante aprovação em parecer do CEP (ANEXO C) e prosseguida de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. Foi então entregue ao participante da pesquisa um questionário objetivo de múltiplas escolhas que sendo respondido e entregue para posterior tabulação e análise.

6.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram dispostos em um banco de dados, contendo todas as informações referentes aos sujeitos e aos objetivos do estudo.

Para elaboração deste banco de dados, foi utilizado o *Microsoft Office Excel* 2003, posteriormente os dados foram importados para o programa *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS versão 20. Este *software* apresenta os dados descritivamente sob a forma de distribuição absoluta e percentual em tabelas e gráficos, para que fossem analisados e discutidos de acordo com a literatura pertinente à temática.

6.8 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa a ser realizada com seres humanos, foram observados os princípios éticos, estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que revoga a 196/96, onde preconiza no seu capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender as exigências éticas e científicas fundamentais, destacando, entre seus princípios éticos (capítulo III, item 2.g) a

necessidade do TCLE (APÊNDICE A) dos indivíduos-alvo (BRASIL, 2012). Para atender a este princípio, foi explicado aos participantes o objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato, bem como o direito do participante de desistir a qualquer momento do estudo sem riscos de qualquer penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro.

Em consonância com as exigências estabelecidas pela Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde que norteia a prática de pesquisa com seres humanos o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, e só foi iniciado após autorização do mesmo, sob o parecer nº328.320.



Fonte:Internet, 2013

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante do instrumento da pesquisa, utilizado para coleta de dados no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, este capítulo demonstra os resultados encontrados e analisa-os. Os dados foram coletados mediante aplicação do questionário, disposto em duas partes: a primeira, relativa à caracterização do sujeito participante do estudo; a segunda destinou-se a identificação dos objetivos da pesquisa. Para uma adequada apresentação dos resultados, os dados foram dispostos em tabelas e gráficos.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

Para a caracterização dos sujeitos da pesquisa foram levantados, através do instrumento de coleta de dados, os seguintes questionamentos: o sexo, a faixa etária, o estado civil, a escolaridade, a profissão, o grau de parentesco com o paciente e o setor que irá visitar o familiar ou vínculo afetivo. Essas informações foram de fundamental importância para a devida caracterização dos participantes deste estudo.

Tabela 1- Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo o sexo, a faixa etária e o estado civil. João Pessoa, em Jul. 2013

Sexo	Nº	%
Masculino	34	34 %
Feminino	66	66%
Total	100	100%
Faixa etária		
18-30	23	23%
31-40	22	22%
41-60	45	45%
>60	10	10%
Total	100	100%
Estado civil		
Solteiro	28	28%
Casado	50	50%
Viúvo (a)	03	03%
Outros	19	19%

Total	100	100%
--------------	------------	-------------

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

De acordo com a Tabela 1 pode-se constatar que as predominâncias dos sujeitos são: do sexo feminino (66%); da faixa etária entre 41 a 60 anos (45%) e com relação ao estado civil, casado (a) (50%). Contrapondo essa alta prevalência dos dados, foi encontrado percentuais menores em outras variáveis, tais como: o sexo masculino (34%); a faixa etária > 60 anos (10%) e o estado civil viúvo (a) (3%).

Corroborando para essa caracterização do sujeito nos dados supracitados, o IBGE (2011) afirma que no Brasil existem mais mulheres do que homens, onde em uma população de 195,2 milhões de habitantes, 100,5 milhões, ou seja, cerca de 51,5% são mulheres e 48,5% homens. Ressalta-se ainda, as mudanças na composição etária da população brasileira, que contribui para a elevação dos registros civis.

Os dados estatísticos de Registro Civil no país é de fundamental importância para o acompanhamento da evolução da população nacional, o monitoramento do exercício da cidadania e a implementação das políticas públicas nas áreas de saúde e direitos humanos (CARDOSO, 2009).

Foi observado com relação ao Estado Civil no estudo em questão, uma frequência percentual na variável “Outros” de 19%, onde estes foram descritos como sendo procedentes de divórcio ou união estável. Esta característica coligiu a diversas mudanças nos padrões de composição dos arranjos conjugais e familiares. Segundo IBGE (2011) houve um crescimento de 45,6% no total de divórcios no País, em relação ao ano de 2010. A união estável de acordo com o censo demográfico de 2010, obteve um aumento considerável em cerca de 54,5% em relação ao ano de 2000.

Tabela II – Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo a escolaridade e a profissão. João Pessoa, em Jul. 2013

Escolaridade	Nº	%
Ens. Fund. Incompleto	42	42%
Ens. Fund. Completo	10	10%
Ens. Médio Incompleto	07	7%

Ens. Médio Completo	30	30%
Ens. Superior Incompleto	05	5%
Ens. Superior Completo	06	6%
Total	100	100%
Profissão		
Agricultor (a)	13	13%
Aposentado (a)	09	9%
Autônomo	07	7%
Diarista	02	2%
Do Lar	29	29%
Funcionário Público	03	3%
Médico	00	0%
Outro	37	37%
Total	100	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

Através da Tabela 2, é possível observar que existe uma predominância relevante dos sujeitos da pesquisa, de acordo com o grau de escolaridade, no Ensino Fundamental Incompleto (42%), seguido do Ensino Médio Completo (30%). No que diz respeito à profissão destes participantes, foi destacada uma porcentagem maior na variável “Outros” (37%) em que se cita: motorista; pintor; pedreiro; comerciante; pastor; vigilante; operador de máquina; técnico de informática; paisagista; garçom; auxiliar de enfermagem; seguida da variável “do lar” (29%). Estas ocupações ratificam o nível de escolaridade encontrado.

Obtemperando a estas prevalências elevadas ainda observa-se na tabela, as frequências percentuais mínimas encontradas no que diz respeito ao grau de escolaridade: no Ensino Superior Completo (6%), seguido do Ensino Superior Incompleto (5%). Com relação à profissão, foram encontrados os percentuais mínimos (0%) para médico (a), mostrando que não houve sujeito com essa titulação profissional, contudo, 2% afirmaram serem diaristas.

De acordo com o Plano Nacional de Educação, o movimento da taxa de ocupação está diretamente relacionado com a escolaridade dos pais dos indivíduos, enquanto o da taxa de não ocupação está inversamente relacionado. (SCHWARTZMAN; CASTRO, 2013)

Nos últimos anos, ocorreram mudanças significativas nas relações de trabalho. Em 2012, 84,8% dos trabalhadores brasileiros encontravam-se no setor privado, e destes, 82,4% possuíam carteira assinada. Este último dado representa um aumento de 10,5 pontos percentuais (p.p.) em relação a 2003, quando o percentual de trabalhadores com carteira assinada era de 71,9%. Nos últimos 12 meses, alcançou 1.097.338 novas vagas, o que representa crescimento de 2,83% no número de empregos celetista no País (BRASIL, 2013).

As difíceis condições do mercado de trabalho, com seus altos níveis de exigência, desencorajaram pessoas a continuar procurando nova colocação, mesmo as que queriam e precisavam trabalhar. (SILVA; PASQUINI, 2013)

Em consonância com os dados apresentados, pode-se perceber e hipotetizar que o nível de escolaridade e profissão encontrada está diretamente ligado ao conhecimento das práticas populares e as terapias complementares em saúde. Tal afirmativa justifica-se pelo fato de que, quanto maior o grau de escolaridade, maior a afinidade pelas terapias complementares, enquanto que quanto menor o grau de escolaridade, maior a analogia pelas práticas populares em saúde. Esta semelhança é explicada a seguir na caracterização dos objetivos do estudo.

Tabela III – Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo o grau de parentesco com o paciente e o setor de visita. João Pessoa, em Jul. 2013

Grau de Parentesco com o Paciente	Nº	%
Pai	04	4%
Mãe	04	4%
Filho (a)	19	19%
Irmão (ã)	15	15%
Avô (ó)	02	2%

Tio (a)	04	4%
Primo (a)	03	3%
Sobrinho (a)	04	4%
Amigo (a)	08	8%
Padrinho	00	0%
Madrinha	00	0%
Afilhado (a)	00	0%
Outro	37	37%
Total	100	100%
Setor de visita		
UTI	31	31%
UTSI	11	11%
UTQ	00	0%
Sala Vermelha	26	26%
Bloco Cirúrgico	32	32%
Total	100	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

A variável grau de parentesco com o paciente, é descrita na Tabela 3. Nesta, observa-se que a maior frequência está na resposta “Outros” (37%), que foi relatada como: cunhado (a), esposo (a), sogra, genro, namorado e neto. Além da frequência familiar descrita, também se torna imperioso destacar as demais: filho (a) (19%), irmão (ã) (15%), pai (4%) e mãe (4%). Dentro do grau de parentesco, encontram-se os vínculos afetivos, representados neste estudo por: padrinho (0%), madrinha (0%) e afilhado(a) (0%).

Na Tabela 3 ainda encontra-se as frequências absolutas e percentuais referentes ao setor para visita familiar. Observa-se uma maior frequência de visitantes nos setores do bloco cirúrgico (32%), UTI (31%) e sala vermelha (26%). Contrário a esses dados, nota-se uma diminuição e ausência, respectivamente, na UTSI (11%) e UTQ (0%).

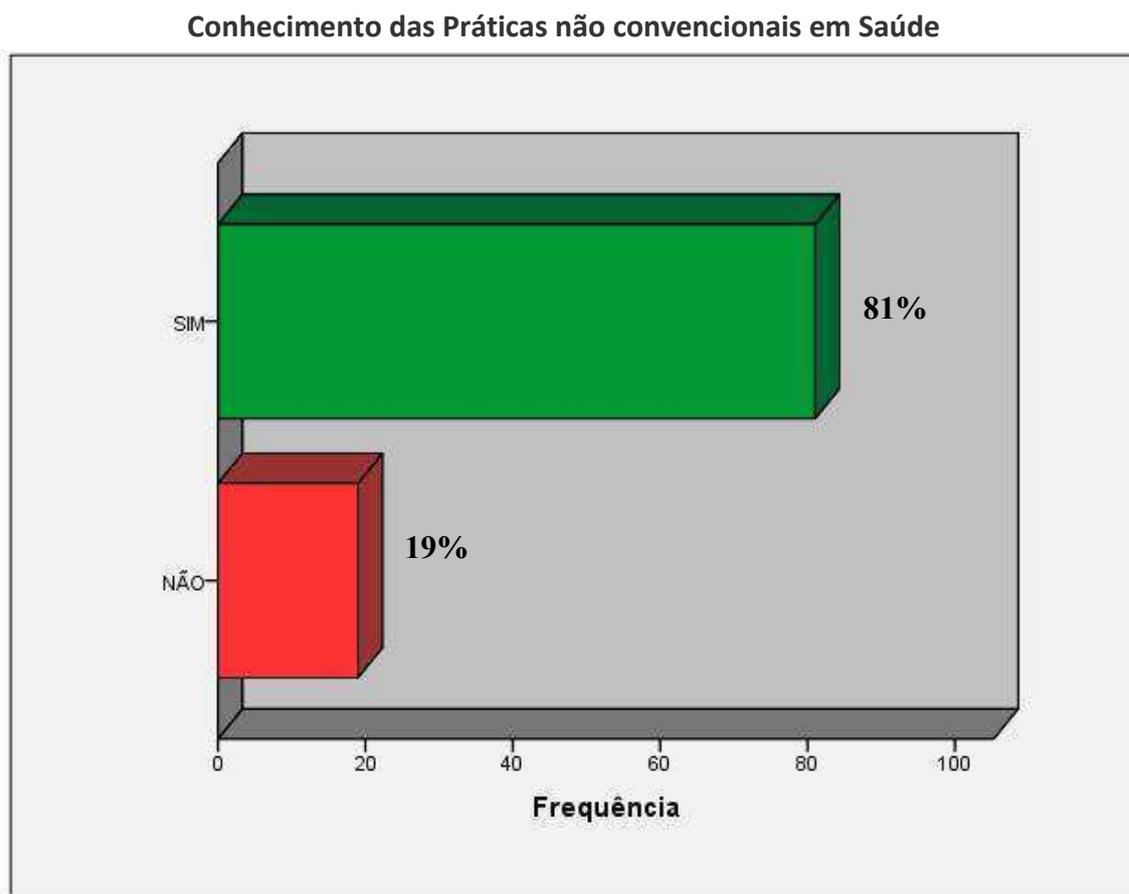
Nos ambientes críticos é de fundamental importância esse momento de interação entre o vínculo familiar e/ou afetivo para os pacientes, como também para estes

visitantes. Esta interação pode ser vista como uma forma de humanização da assistência e de fortalecimento dos vínculos. Mesmo percebendo esta importância, é válido salientar que ocorre uma necessidade de se restringir o quantitativo e o horário para os visitantes, devido a ambiente crítico possuir maior risco de infecções (FERREIRA; et al, 2013)

7.2 IDENTIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS DO ESTUDO

Com o pressuposto de atingir os objetivos do estudo, levando em consideração a análise do material coletado, emergiram 06 gráficos, provenientes da aplicação do instrumento de coleta de dados, os quais serão apresentados e discutidos a seguir.

Gráfico 1 – Distribuição absoluta e percentual do conhecimento das práticas não convencionais em saúde. João Pessoa, Jul. 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

O Gráfico 1 representa o conhecimento dos sujeitos sobre as práticas não convencionais em saúde. Entre esse conhecimento, cita-se: a afirmação com percentuais mais elevados (81%) e em menor percentual, a negação (19%).

Contribuindo para esse elevado percentual destaca-se que as práticas terapêuticas não convencionais em saúde, são de fundamental importância em seu significado neste país, pelo fato deste ter sido o pioneiro na legitimação dessas terapias. (SARAIVA, 2008)

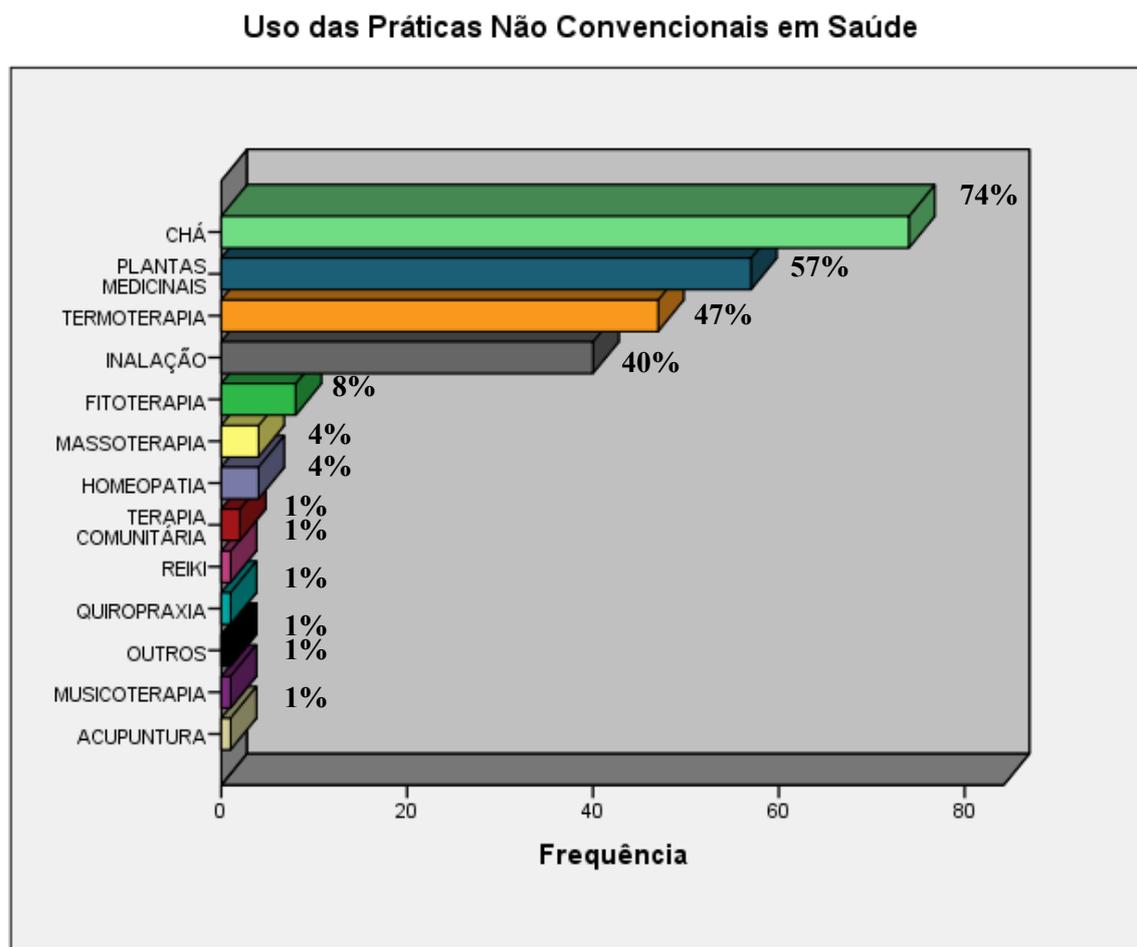
Apreciando o indivíduo em sua dimensão global considerando ainda sua singularidade em seu processo de adoecimento e de saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC contribui para a integralização da atenção a saúde, onde o indivíduo requer o princípio de interação das ações e serviços existentes no SUS. Estudos demonstram ainda que tais abordagens corroboram para a coresponsabilidade dos sujeitos pela saúde, favorecendo assim o aumento do exercício da cidadania. (BRASIL, 2013)

Ainda de acordo com o autor supracitado, a busca pela ampliação da oferta de saúde, por meio da implantação ou implementação da PNPIC e do SUS, tem uma abertura da viabilidade do acesso a serviços terapêuticos, antes restritos as práticas de cunho privado.

O processo de extensão no uso das práticas não convencionais em saúde, surgem em paralelo ao progresso científico e tecnológico da medicina moderna ocidental, despertando o interesse dos usuários, pesquisadores, profissionais e gestores dos serviços de saúde (SPADACIO et al, 2010).

É imperioso destacar que neste estudo, a negação pelo conhecimento das práticas também se fez presente. Este achado repete-se na pesquisa quantitativa de Jaconodino et al. (2008), em que o estudo demonstra o desconhecimento de 25% dos sujeitos questionados, sendo justificado pela falta de acesso aos meios de divulgação sobre o assunto.

Gráfico 2 – Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo a utilização das práticas não convencionais em saúde. João Pessoa, em Jul. 2013.¹



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

O Gráfico 2 destaca a distribuição percentual conforme a utilização das práticas não convencionais em saúde. É possível visualizar uma maior prevalência do uso das práticas populares em saúde, tais como: Chá (74%) Plantas Medicinais (57%) e Inalação (40%), por conseguinte evidencia-se a frequência percentual das Terapias Alternativas e Complementares, como: Termoterapia (47%), Fitoterapia (8%), Homeopatia e Massoterapia (4%). Também se observou neste gráfico uma diminuição da frequência

¹ A variável de múltipla escolha ocorre quando se tem um questionário contendo variáveis de múltiplas respostas em que o entrevistado pode escolher. O gráfico em questão corresponde a respostas de variáveis de múltipla resposta, por tanto, o 100% corresponde a cada variável de escolha. Esta nota se aplica aos gráficos 2,3,4 e 6.

em algumas variáveis, alude-se: Terapia comunitária (2%); Musicoterapia, Reiki e Acupuntura, (1%); Outros, tendo como citação apenas Dermatoterapia Funcional (1%).

Remetendo a caracterização do sujeito deste estudo pode-se correlacionar o grau de escolaridade, apresentado na Tabela II, com o uso das práticas populares em saúde ou terapias alternativas e complementares, demonstrado no gráfico acima. De acordo com o exposto, pode-se inferir que o grau de escolaridade está diretamente relacionado ao conhecimento destas terapias e práticas. Sendo assim, percebe-se que o conhecimento científico mais aprofundado dos sujeitos com maior grau de escolaridade buscam o uso das terapias alternativas e complementares, controvertendo, os que possuem menor grau de escolaridade demonstram uma maior afinidade no conhecimento e uso das práticas populares em saúde, resultado de uma herança cultural perpassada entre gerações.

A medicina alternativa e complementar é alusiva a todas as práticas populares e terapêuticas que não pertencem às tradições de um país e que não são integradas ao sistema de saúde predominante. Desta forma, algumas terapias consideradas alternativas são novidade apenas para a medicina tradicional de grande parte dos países ocidentais, pois elas podem ser habituais e recorrentes em determinadas sociedades e culturas (SOUSA, 2012).

De acordo com Badke et al. (2012), na pós modernidade muitos fatores têm colaborado para a ampliação da utilização das plantas como recurso medicinal, entre eles, o alto custo dos medicamentos industrializados, o difícil acesso da população à assistência médica, bem como a tendência ao uso de produtos de origem natural. Acredita-se, que o cuidado realizado por meio das plantas medicinais seja favorável à saúde humana, desde que o usuário tenha conhecimento prévio de sua finalidade, riscos e benefícios.

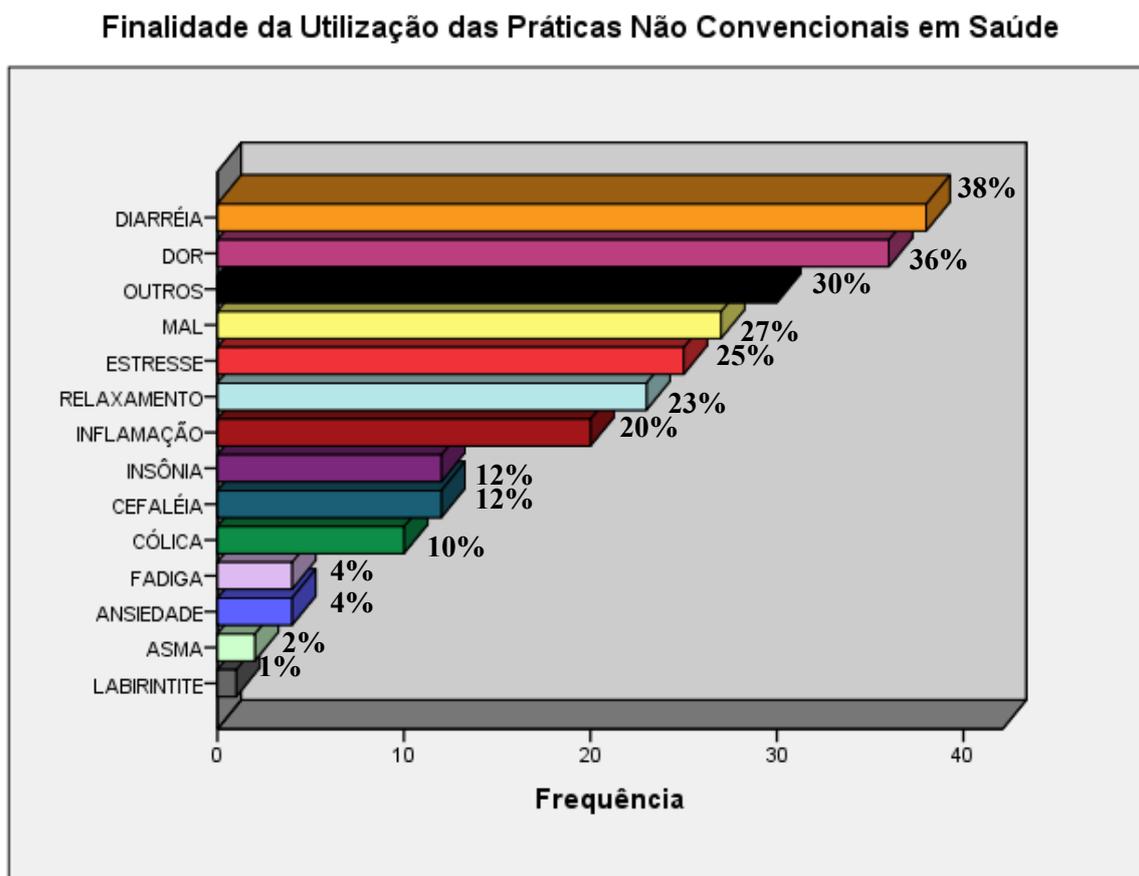
A utilização de chás é uma prática remota, que no passar dos anos foi sendo suprimida por medicamentos industrializados, entretanto muitos destes medicamentos possuem como matéria prima as plantas medicinais. Contudo, essa prática popular não foi extinta, pois sua transmissão, até os dias atuais, é feita de geração em geração no contexto familiar, tornando-se conhecimento empírico (ALMEIDA et al, 2013). Em um estudo quantitativo foi demonstrado em 82% da amostra, que os chás e terapias com

ervas são utilizados em grande escala por pacientes oncológicos, assim, percebe-se o alto índice de aceitação e utilização destas terapias. (JACONODINO et al, 2008)

No que se refere a homeopatia, o surgimento da PNPIC favoreceu a ampliação da oferta de atendimento homeopático, entretanto pode-se perceber no estudo que a procura e a utilização por esta terapêutica ainda é diminuta, podendo ser reafirmado com percentuais mínimos (4%). Contrário a presente pesquisa, observa-se que o número de consultas em Homeopatia vem apresentando um crescimento anual em torno de 10% (BRASIL, 2012).

A pesquisa –Contribuições da fitoterapia para a qualidade de vida: percepções de seus usuários”, demonstra que as vantagens da fitoterapia sobrepõem-se às desvantagens, sendo utilizada pelas pessoas, devido: a eficácia, o baixo custo, a redução de efeitos colaterais e o estímulo à aquisição de hábitos saudáveis de vida. (LOURES et al, 2010).

Gráfico 3 – Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo a finalidade da utilização das práticas não convencionais em saúde. João Pessoa, em Jul. 2013



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

O Gráfico 3 demonstra a prevalência crescente das finalidades do uso das práticas não convencionais em saúde por familiares e ou vínculos afetivos de pacientes críticos. Pode-se observar que a maior frequência para as finalidades, está concentrada nos casos agudos como a diarreia (38%) e a dor (36%). Nas situações crônicas, a frequência também merece destaque: no estresse (25%), na insônia (12%) e na fadiga (4%). Faz necessário destacar que na variável “outros”, casos agudos foram referenciados: Febre, cicatrização, amebíase, gripe, tosse e crises hipertensivas.

Corroborando com os dados encontrados na pesquisa e apresentados no gráfico, percebe-se que o foco central de atenção nos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento como o Brasil, são os problemas agudos. As condições agudas podem gerar condições crônicas e estas podem apresentar períodos de agudizações. Quando ocorre a cronicidade o modelo terapêutico não é eficaz. (Belo Horizonte, 2013)

As condições crônicas são uma contínua ameaça ao funcionamento orgânico, pessoal, social e familiar do indivíduo, no qual necessita de uma atenção especial. Sendo assim, a cronicidade afeta diretamente a qualidade de vida das pessoas acometidas por esta condição, que devem buscar novos hábitos a fim de incorporá-los no seu processo de viver. (CRUZ; et al, 2013)

De acordo com Otani e Barros (2011), o desencantamento com o modelo biomédico ou com a medicina convencional, leva muitas pessoas a procurarem formas alternativas de tratamento no campo da saúde. O modelo alternativo da medicina é compreendido como o polo oposto do modelo biomédico, pois enquanto a biomedicina investe para desenvolver a dimensão diagnóstica e aprofundar a explicação biológica, principalmente com dados quantitativos, a medicina alternativa volta-se para a dimensão da terapêutica, aprofundando-se nos problemas explicados pelas teorias do estilo de vida e ambiental.

Reafirmando os dados apresentados neste estudo, Spadacio et al. (2010) demonstram um aumento exponencial no uso de práticas não convencionais em saúde para o tratamento de várias patologias agudas e crônicas, dentre estas pode-se destacar o câncer.

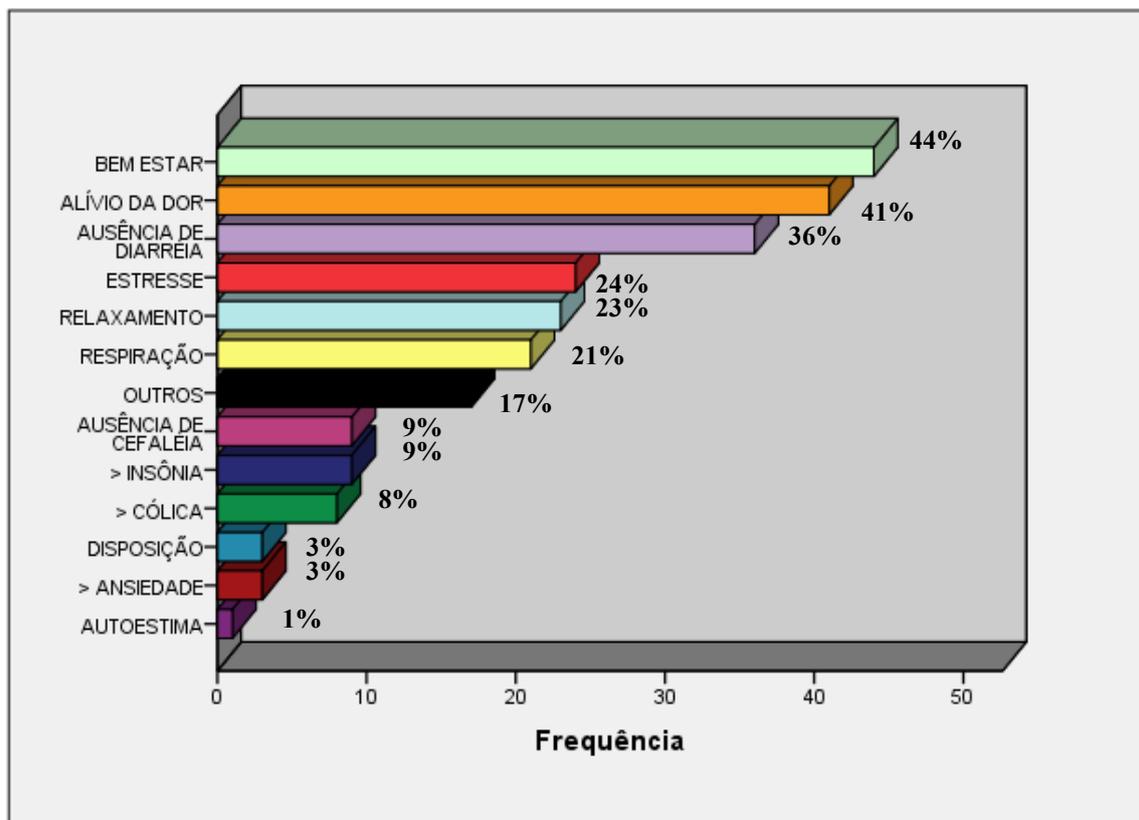
No mundo pós moderno as terapias não convencionais em saúde são uma constante, pelo fato da dificuldade que a medicina tradicional possui de solucionar e tratar alguns agravos à saúde, e pelos indivíduos optarem por tratamentos de menor custo e de fácil aquisição. Diante disto, os indivíduos tentam buscar suporte em práticas não tradicionais, para solucionar ou amenizar os problemas de saúde. (JACONODINO et al, 2008)

Contribuindo com o achado desta pesquisa, quando se referêcia que a utilização destas terapêuticas, tem por finalidade o alívio da dor (36%), do estresse (25%) e o relaxamento (23%); o autor Moraes (2011) afirma que, a utilização das práticas não convencionais em saúde está diretamente relacionada ao alívio físico da dor, o alívio emocional e favorece o aumento da qualidade de vida.

Assim como nesse estudo, os autores Mesquita et al. (2013), afirmam que a utilização das plantas medicinais e dos chás é valiosa para o tratamento de: gripes, dores em geral, tosse, congestão nasal, combate a insônia, náuseas, acidez estomacal, cirrose e pressão alta.

Gráfico 4 – Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo os benefícios com a utilização das práticas não convencionais. João Pessoa, em Jul. 2013

Benefícios Após o Uso das Práticas Não Convencionais em Saúde



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

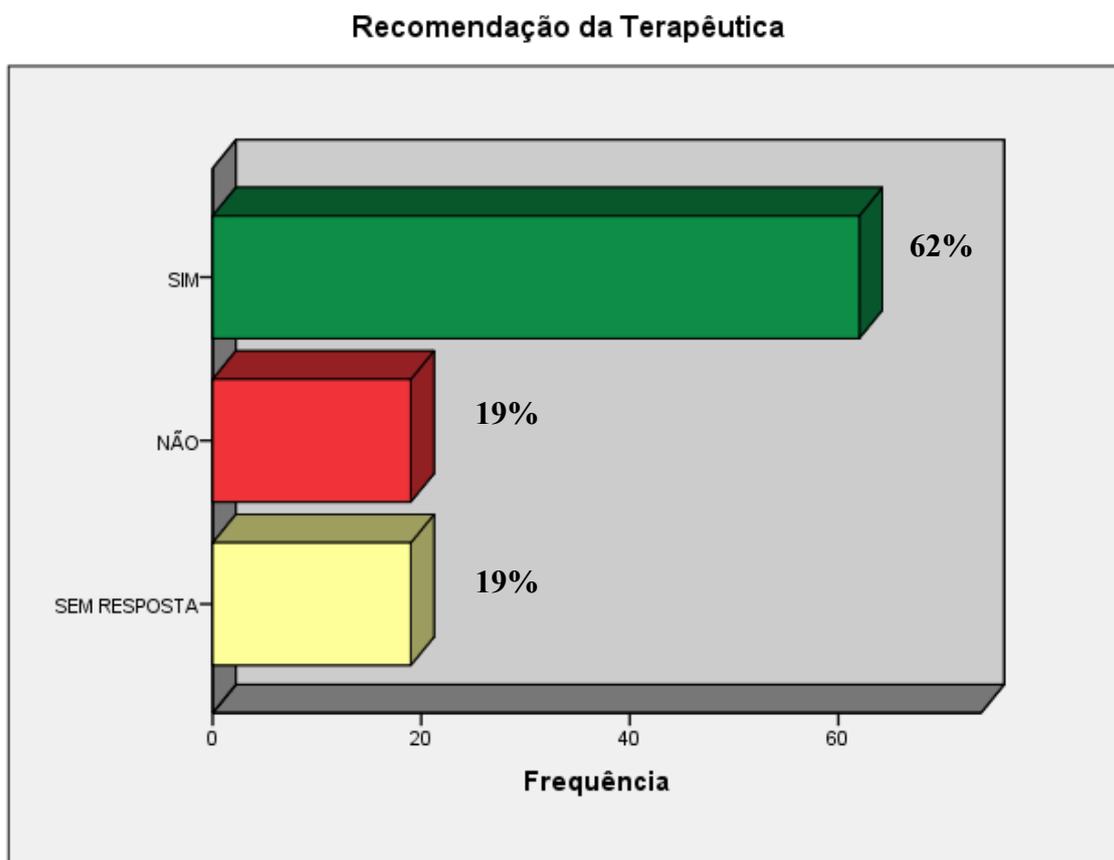
O Gráfico 4 explica um percentual crescente, em relação aos benefícios encontrados com o uso das práticas não convencionais. Dentre os benefícios observados, constatou-se uma maior frequência para: o bem – estar (44%) e o alívio da Dor (41%). Quando analisada a variável “outros” (17%), visualiza-se em maior frequência: a diminuição dos níveis pressóricos, a melhor cicatrização e a ausência de febre. A diminuição da ansiedade e disposição (3%), a auto-estima (1%), o estímulo a memória, a ausência de depressão (0%) e a diminuição da Tensão Pré Menstrual (0%).

A utilização destas práticas tem se demonstrado importante, para a harmonia das repercussões físicas, mentais e espirituais, bem como na recuperação e na resposta ao tratamento de diversas enfermidades (MORAES, 2011). Os tratamentos oferecidos enfocam a mente, o corpo e o espírito, proporcionando uma sensação de bem – estar aos indivíduos (MD ANDERSON, 2010). Isso reafirma o dado encontrado nesta pesquisa, no contexto da variável benefício, quando o bem – estar (44%) é referenciado.

Enfatizando a relevância dos dados do Gráfico 4, os autores Díaz-Rodrigues et al. (2011) afirmam que com a utilização da Terapia de Reiki proporciona a redução dos níveis da pressão arterial diastólica e a sintomatologia da Síndrome de *Bournot* em enfermeiras; enquanto que ocorre um aumento no níveis de Imunoglobulina A. Continuamente, ilustra-se que a meditação e a terapia floral, induzem a diminuição da ansiedade, do estresse, da falta de atenção, melhorando a qualidade de vida e contribuindo para o aumento dos afetos, da capacidade de atenção, do bom humor e da confiança (GALLI et al, 2013). A terapia com chás tem se mostrado eficaz nos tratamentos para agitação e cólicas intestinais (TOMELERI e MARCON, 2009).

Os autores acima referenciados relatam a importância de se destacar que os indivíduos que utilizam das práticas não convencionais em saúde, não se preocupam com a cientificidade dos recursos usados no tratamento das doenças, mas com a eficácia destas terapêuticas.

Gráfico 5 – Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo o indicativo da recomendação das práticas não convencionais em saúde. João Pessoa, em Jul. 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

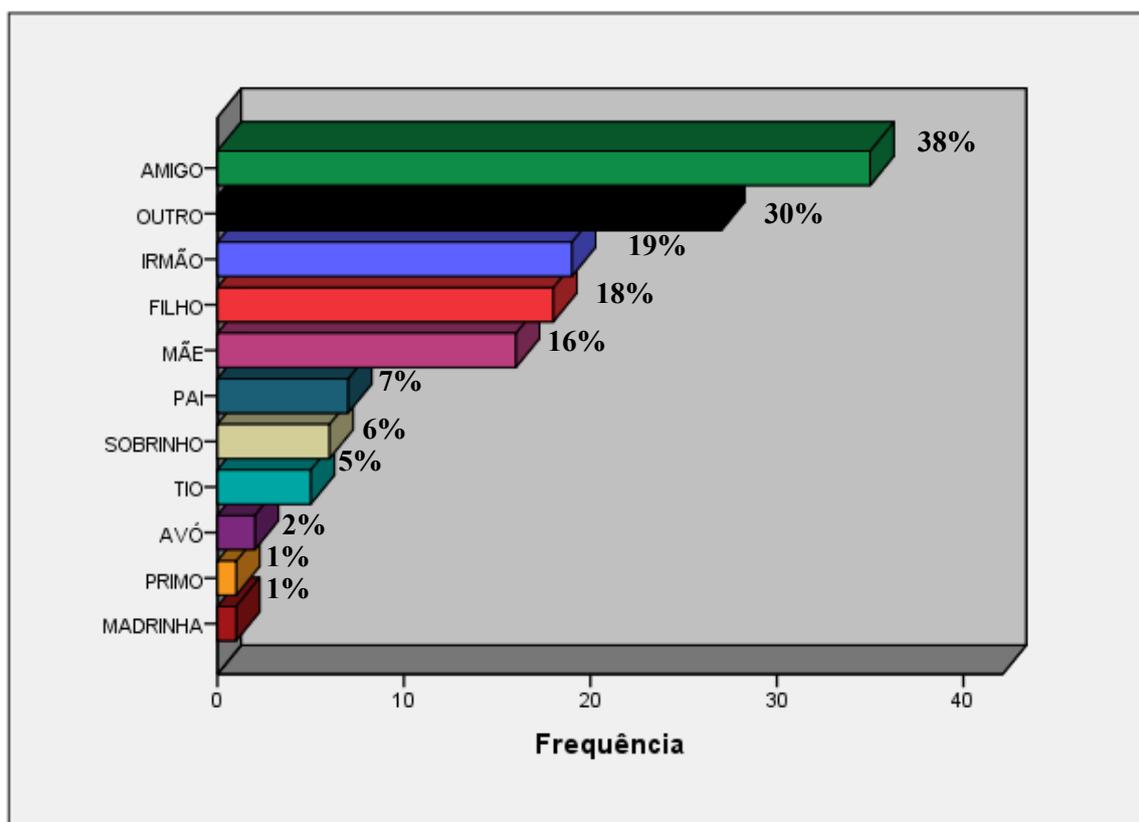
O Gráfico 5 delinea o indicativo de recomendação dos sujeitos da pesquisa sobre as práticas não convencionais em saúde, destacando a afirmação (62%) como resposta e em seguida, em igualdade de proporção (19%), a negação e a abstenção.

Reafirmando o presente estudo, Jaconodino et al. (2008), demonstra em sua pesquisa que os sujeitos ao serem indagados sobre o motivo da utilização das terapias alternativas, 69% deles, afirmaram que a indicação foi proveniente de familiares e amigos. Em contraposição, 31% relataram a adesão por opção própria.

A família vem sendo reconhecida atualmente como uma importante instituição sólida e educadora que influencia os indivíduos, em especial no que diz respeito a hábitos saudáveis, onde é possível observar a estreita associação entre progenitores e descendentes na disseminação destas práticas não convencionais. Entretanto, vale ressaltar que o senso comum ainda é amplamente respeitado pela população (ALMEIDA et al, 2013).

Gráfico 6 – Distribuição absoluta e percentual dos participantes, segundo a recomendação das práticas não convencionais em saúde. João Pessoa, em Jul. 2013.

Identificação da Recomendação das Práticas Não Convencionais em Saúde



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

O Gráfico 6 apresenta: para quem os sujeitos do estudo recomendam a utilização das práticas não convencionais em saúde. Estes dados estão expressos entre: amigos (38%), outros (30%) – vizinho, aldeia, alunos e esposo – ,irmão(ã) (19%), avó(ô) (2%), primo(a) (1%), madrinha (1%) e padrinho (0%).

Contribuindo para afirmação desta pesquisa, Galli et al. (2013) relata que a maior parte das informações sobre estas formas de terapias são apresentadas por familiares e amigos, ou seja, vínculos afetivos. Alguns entrevistados em sua pesquisa disseram que passaram a utilizar as terapias alternativas e complementares antes de adquirirem a doença, pelo motivo destes métodos não convencionais já serem praticados e aceitos por seus antecedentes.

Do mesmo modo que os autores acima, Tomeleri e Marcon (2009) durante pesquisa, revelou que 82% dos sujeitos entrevistados usavam ervas e chás medicinais associadas a tratamentos convencionais. Esta característica é decorrente pelo fato de seus familiares e amigos já terem empregado e aprovado essa terapêutica em sua vida, e assim, indicando o uso.

A indicação das Práticas populares e das Terapias integrativas e complementares ocorre através do modelo idealista da comunicação. O ato de comunicar possui um comprometimento com a verdade das coisas e busca desvendar a essência do tema em que se discute. O comunicador respeita o público como um ser racional, capaz de analisar, criticar, avaliar a mensagem transmitida, ao invés de aceitá-la passivamente (CASTRO, 2013).



Fonte:Internet, 2013

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as práticas não convencionais em saúde algumas são reconhecidas e autorizadas pelo Ministério da Saúde, como práticas que deveriam ser integradas à terapêutica em saúde tradicional. Estas terapêuticas estão diretamente relacionadas às questões socioculturais do sujeito. Quando interligadas, visam proporcionar um cuidado holístico ao indivíduo.

No que diz respeito ao objetivo geral deste estudo, foi possível averiguar a aplicabilidade das práticas não convencionais na saúde de visitantes com vínculos afetivos e familiares de paciente crítico.

Observou-se uma aplicabilidade e um conhecimento mais amplo de algumas destas, tanto por familiares, quanto por vínculos afetivos de pacientes críticos. Entretanto, com todo esse reconhecimento não é visível a aplicabilidade e a difusão satisfatória destas terapêuticas no ambiente estudado.

Correlacionando a caracterização do sujeito do estudo, foi visualizado com relação à aplicabilidade das práticas não convencionais em saúde, que estas estão mais presentes quando envolve questões socioculturais. Pode-se observar uma boa aceitação na utilização destas práticas e das terapias, pois elas foram consideradas como terapêuticas com finalidade e benefícios comprovados.

Atualmente a família e os vínculos afetivos são reconhecidos como artefato fundamental na educação e influência das práticas não convencionais em saúde, pelo fato destes possuírem um valor de credibilidade ao indivíduo através da vivência compartilhada e de acordo com o vínculo.

Os familiares e vínculos afetivos cientes do conhecimento e reconhecimento das práticas não convencionais em saúde na sua vida, recomendariam estas terapêuticas aos seus, que neste estudo são os pacientes críticos.

Sendo assim, percebe-se que estas práticas poderiam ser aplicadas nos pacientes de ambientes críticos, a exemplo daqueles internos para cuidados paliativos. Considerando tal afirmativa identifica-se a importância da inserção de componentes curriculares na matriz dos cursos da área de saúde, em particular nas disciplinas de abordagem hospitalocêntrica.

O presente estudo contribuiu e permanece contribuindo para o acréscimo do conhecimento e uso das práticas não convencionais em saúde, no cuidado holístico ao indivíduo. Para a comunidade acadêmica e científica tem a relevância do estudo na ampliação dos conhecimentos relacionados à utilização das práticas não convencionais em saúde nos ambientes ainda não abordados.

Diante do exposto, almejou-se que o presente estudo se enquadre como uma fonte de informação para os acadêmicos e profissionais de enfermagem, bem como estudiosos desta temática e demais simpatizantes, para que possam suprir as necessidades do saber na utilização destas terapêuticas, quando associadas ou não ao tratamento convencional. As atualizações pelos profissionais de saúde nessas práticas devem ocorrer em um processo contínuo, pois vem ao encontro das necessidades do contexto da prática.



Fonte:Internet, 2013

REFERÊNCIAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas NBR 14724. Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação. ISBN 978-85-0 -02680-8, 2011.

ALMEIDA, C. et al. A informação da família influencia o conhecimento dos acadêmicos no uso de plantas medicinais?. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, 2013.

ALMEIDA, M. A. P. **Medicina Vibracional**. 25f. Trabalho de Conclusão de Curso de Pós graduação em Psicologia Transpessoal. Centro latino Americano de Saúde Integral e Faculdade Vicentina de Curitiba, Curitiba, 2011.

ALVES, J. E. D. **A definição de família convivente do IBGE: cuidados metodológicos necessários**. Aparte - inclusão social em debate. Rio de Janeiro: UFRJ, p.1-4, 2005.

BADKE, M. R. et al. Saberes e práticas populares de cuidado em saúde com o uso de plantas medicinais. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 363, 2012.

BARBOSA, M. C. de G.. **Revista do Hospital Universitário / UFMA**, periódico biomédico de divulgação científica do Hospital Universitário da UFMA, v.1, n.1,1995. – São Luís, 1995. v. 10, n. 3, 2009.

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária: passo a passo**. 4 ed. Fortaleza (CE): Gráfica LCR, 2008. 408 p.

Botas, A. M. P. **Membranas fluorescentes para fototerapia regenerativa: produção e caracterização**. 26 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia Biomédica). Universidade Nova Lisboa, 2012.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.363, de 22 de março de 1993. Dispõe sobre os médicos que praticam anestesia. Publicada no **Diário Oficial da União**. Brasília, 20 dez. 1993. Seção I, p. 160. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1993/1363_1993.htm

_____. Resolução nº466/2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas do Registro Civil, v.38, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.156 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica ; n. 31).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92p.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 2010. 285p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Rede de gestão do cuidado ao paciente crítico: caderno do curso**. São Paulo: Ministério da Saúde; Hospital Sírio-Libanês Instituto de Ensino e Pesquisa, 2009. 65p.

_____. Portaria nº 824/GM em 24 de Junho de 1999. **Normas de Atividade Médica em Nível Pré-Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Consulta Pública n. 3, de 7 de julho de 2005. Consulta Pública à Portaria GM/MS n. 1.071, de 4 de julho de 2005, que institui a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 jul. 2005. Seção 1, p. 41-8.

CARDOSO JR, José Celso. Brasil em desenvolvimento: estado, planejamento e políticas públicas. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Brasília: Ipea, 2009.**

CARVALHO, M. A. P. **Contribuições da Terapia Comunitária Integrativa para usuários e familiares de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): história oral temática.** 146f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

CASTRO, R. C. G. Platão contra os sofistas: sobre a retórica. Convent Internacional Feusp / IJI - Univ. do Porto / FIAMFAAM – Comunicação Social 12 mai-ago. 2013

CEARÁ, Conselho Regional de Medicina. Resolução nº 44/2012, de 01 de outubro de 2012. **Define e regulamenta as atividades da sala de recuperação pós-anestésica (SRPA).** Fortaleza, 2012.

_____. Resolução ° 26/02, de 18 de fevereiro de 2002. **Define e regulamenta as atividades das Unidades de Terapia Semi-Intensiva.** Fortaleza, 2002.

CRUZ, D. D. J. L., et al. Cuidado cultural e doenças crônicas: análise da relação entre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural e as necessidades da assistência de Enfermagem no tratamento de doenças crônicas. **Cadernos de Pesquisa**, v. 20, n. 1, São Luís - MA, 2013.

CRUZ, P. L. B., SAMPAIO, S. F.; GOMES, T. L. C. D. S. O Uso de Práticas Complementares por uma Equipe de Saúde da Família e seu território. **Revista de APS**, v. 15, n. 4, 2012.

CUNHA, M. S. **A Comunicação de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva.** 38f. Especialização em Conduta de Enfermagem no Paciente Crítico do Centro Educacional São Camilo e Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma – SC, 2008.

Curso técnico em vigilância em saúde: módulo I: unidade 3: o SUS e a vigilância em saúde: guia do aluno/ Escola de Saúde Pública do Estado de Minas – Belo Horizonte: ESP-MG, 2013. 30 p.

DÍAZ, R. L. Uma sessão de Reiki em enfermeiras diagnosticadas com síndrome de Burnout tem efeitos benéficos sobre a concentração de IgA salivar e a pressão arterial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 5, set./out. Granada, 2011.

FELICE, T. D.; SANTANA, L. R. Recursos fisioterapêuticos (crioterapia e termoterapia) na espasticidade: revisão de literatura. **Rev Neuroc**, v. 17, n. 1, p. 57-62, 2009.

FERREIRA; et al, 2013), C. et al. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 7-13, jan. 2010.

FORTES, J. I. (coord). Curso de especialização profissional de nível técnico em enfermagem – **livro do aluno: urgência e emergência**. Coordenação técnica pedagógica Julia Ikeda Fortes [et al.]. São Paulo: FUNDAP, 2010.

GALLI, K. D. S. B.; et al. Saúde e equilíbrio através das terapias integrativas: Relato de experiência. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 8, p. p. 245-255, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRANDESSO, M. **Terapia Comunitária - um contexto de fortalecimento de indivíduos, famílias e redes (2003)**, 13 ago. 2006. Disponível em: <http://terapia-comunitaria.blogspot.com.br/2006/08/terapia-comunitria-um-contexto-de_13.html>. Acesso em 15 jan. 2013.

JACONODINO, C. B.; AMESTOY, S. C.; THOFEHRN, M. B. A utilização de terapias alternativas por pacientes em tratamento quimioterápico. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 1, 2008.

JÓIA, C. A. O. **Desafios no desenvolvimento da estratégia de saúde da família**. 27f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2007.

LEITE, F.C.; ZÂNGARO, R.A. **Reflexologia: uma técnica terapêutica alternativa**. São Paulo: UNIVAP, 2010.

LINO, M. M.; CALIL, A. M. O ensino de cuidados críticos/intensivos na formação do enfermeiro: momento para reflexão. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 777-783, Dez. 2008.

LOBO, P. L. N. **Entidades Familiares Constitucionalizadas: para além do numerus clausus**. Disponível em: <<http://www.mundojuridico.adv.br>>. Acesso em: Fevereiro 2013.

LOURES, M. C. et al. Contribuições da fitoterapia para a qualidade de vida: percepções de seus usuários. **Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 278-83, 2010.

MARQUES, A.M.P.; NETO, M.R.P. Das medicinas tradicionais às práticas integrativas de saúde: caracterização dos recursos humanos nas práticas alternativas de saúde adotadas no Distrito Federal. 184 p. Brasília: UnB/ObservaRH/NESP, 2010.

MD ANDERSON CANCER CENTER. Integrative Medicine Program. Texas-EUA, 2010. Disponível em: <<http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/programs-centers-institutes/integrative-medicine-program/index.html/www.mdanderson.org>> Acesso em 25 de agosto de 2010.

MENEZES, J. B. A família na constituição federal de 1988 - uma instituição plural e atenta aos direitos de personalidade. **NEJ**, Itajaí, v. 13, n. 1, jan-jun 2008.

MESQUITA, M. K.; et al. Plantas calmantes utilizadas entre famílias quilombolas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7. 2013.

MEYER, D. E. ; KLEIN, C. e FERNANDES, L. P. Noções de família em políticas de 'inclusão social' no Brasil contemporâneo. **Rev. Estud. Fem.**, 2012, vol.20, n.02, pp. 433-449.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de práticas integrativas e complementares. **Práticas integrativas e complementares (pic) no sus/mg**: folheto informativo. Belo Horizonte, 2010.

MORAES, D. S. **Práticas integrativas e complementares em mulheres com câncer de mama: contribuições para a enfermagem**. 2011. 119 f. Dissertação de Mestrado Programa de pós-graduação mestrado em enfermagem - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2011.

MORESI, E. **Metodologia da Pesquisa**. Programa de pós graduação stricto sensu em gestão do conhecimento e da tecnologia da informação da Universidade Católica, Brasília, 2003.

MOTA, T. **Cuidado versus gerenciamento: prática de enfermeiros que atuam em unidade de terapia intensiva**. 48f. Monografia de Curso de Pós-graduação Lato Sensu. Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2011.

OLIVEIRA, R.G.; MARCON, S.S.; Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev Esc Enferm USP**. 41(1):149-54, abr-maio 2010.

OTANI, M. A. P.; DE BARROS, N. F. A Medicina Integrativa ea construção de um novo modelo na saúde The Integrative Medicine and the construction of a new health model. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, 2011.

PINTO, F. E. M. A dimensão afetiva do sujeito psicológico: algumas definições e principais características. **Revista de Educação**, v. 10, n. 10, p. 9-15. (2007).

POLICARPO, M. C. **Integração das medicinas alternativas e complementares no plano nacional de saúde**. 83 p. Dissertação de mestrado em Gestão, Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral, ISCTE Instituto Universitário de Lisboa, 2012.

RIO GRANDE DO SUL, Conselho Regional de Enfermagem. Parecer DEFISC N° 10/2012. **“Competência Legal do Enfermeiro nas Terapias Complementares”**. Porto Alegre, RS, 11 maio 2012.

SARAIVA, A. M. **Práticas terapêuticas na rede informal com ênfase na saúde mental: Histórias de cuidadoras**. 92p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

SCHWARTZMAN, Simon; DE MOURA CASTRO, Claudio. Estudo e Trabalho da Juventude Brasileira1. 2013.

SILVA, J. C.; PASQUINI, A. S.. Plano Nacional da Educação 2011-2020, da Conferência à Aprovação: Avanços e Retrocessos no Ensino Superior. **Revista Cesumar–Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, v. 18, n. 1, 2013.

SILVA, V. C. L.; SOUZA, G. M. L. ; SILVA, P. M. C.; AZEVEDO, E. B. de; FERREIRA FILHA, M. O.; ESPINOLA, L. L. A contribuição da terapia comunitária no processo saúde-doença. **Cogitare Enfermagem**, 2011, v. 16, n. 4 .

SILVA, W. M. de M. **Reflexologia Podal em Idosos: promovendo o cuidado através dos pés**. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2012.

SIQUEIRA, A. B.; FILIPINI, R.; POSSO, M.B.S.; FIORANO, A.M.M.; GONÇALVES, S.A. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arquivos Médicos do ABC**, 2006, 31 (2), 73-77.

SOALHEIRO, B.; NUNES, A.C. **Medicina Alternativa: As terapias não convencionais são cada vez mais populares. Mas, afinal, qual a diferença entre elas? Elas funcionam ou não?**. Editora Abril. Vol. 196, Jan de 2004. Disponível em <http://super.abril.com.br/ciencia/medicina-alternativa-444331.shtml>.

SÓRIA, D. A. C. **A resiliência dos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SOUSA, R. R. A. **Evolução de Práticas Integrativas de Saúde no DF comparando os anos de 2005 e 2011: oferta de serviços e relação com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares**. 2012. 56 f. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva)—Universidade de Brasília, Ceilândia, 2012.

SPADACIO, C. et al. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 26, n. 1, p. 7-13, jan. 2010.

TOMELERI, Keli Regiane; MARCON, Sonia Silva. Práticas populares de mães adolescentes no cuidado aos filhos. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 3, p. 272-80, 2009.

VELOZO, A. L. R. **A Capacitação do Enfermeiro em Centro de Tratamento Intensivo: A Assistência Humanizada**. 42f. Monografia (Pós-Graduação —Eato Sensu” em Docência do Ensino Superior). Universidade Candido Mendes, Rio de Janeiro, 2011.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para área de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.



Fonte:Internet, 2013

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: “Práticas não convencionais em saúde por familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos”

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

Eu, _____, profissão _____, residente na _____ e domiciliado na _____, portador da Cédula de identidade, RG _____, e inscrito no CPF/MF..... nascido(a) em ____ / ____ / _____, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo: “Práticas não convencionais em saúde por familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possa: Identificar a aplicabilidade das terapias complementares, integrativas e práticas populares em saúde por visitantes com vínculos afetivos e/ou familiares de pacientes críticos; Elencar as terapias complementares, integrativas e práticas populares em saúde utilizadas pelos visitantes com vínculos afetivos e/ou familiares de pacientes críticos; Investigar a finalidade do uso das terapias complementares, integrativas e práticas populares em saúde por visitantes com vínculos afetivos e/ou familiares de pacientes críticos; Conhecer os benefícios do uso das terapias complementares, integrativas e práticas populares em saúde por visitantes com vínculos afetivos e/ou familiares de pacientes críticos;
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;

- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante esta pesquisa serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.
() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
- VII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/CCS, do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba *campus* João Pessoa e a Delegacia Regional de João Pessoa.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Participante : _____

(Assinatura)

Testemunha 1 : _____

(Assinatura/RG/Telefone)

Testemunha 2 : _____

(Assinatura/RG/Telefone)

Pesquisador Responsável: _____

(Jocelly de Araújo Ferreira. Professora Assistente I da UFCG, *Campus* Cuité. Enfermeira COREN 110230/PB. Telefone (83) 9624-5958, e-mail jocellyaferreira@hotmail.com)

Pesquisador Colaborador: _____

(Alana Dionízio Carneiro. Discente do curso de enfermagem da UFCG, *Campus* Cuité. Endereço: Rua Maria Rosa, 931, Manáira, CEP: 58.038-460. Telefone (83)9652-6059, e-mail: alana_lana@hotmail.com)

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1- CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO	
1.1 Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
1.2 Faixa Etária	<input type="checkbox"/> 18 – 30 <input type="checkbox"/> 31 – 40 <input type="checkbox"/> 41 – 60 <input type="checkbox"/> > de 60
1.3 Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outros _____
1.4 Escolaridade	<input type="checkbox"/> Ens. Fund. Incompleto <input type="checkbox"/> Ens. Fund. Completo <input type="checkbox"/> Ens. Médio Incompleto <input type="checkbox"/> Ens. Médio Completo <input type="checkbox"/> Ens. Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Ens. Superior Completo
1.5 Profissão	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Funcionário Público <input type="checkbox"/> do Lar <input type="checkbox"/> Aposentado (a) <input type="checkbox"/> Autônomo (a) <input type="checkbox"/> Diarista <input type="checkbox"/> Outro _____
1.6 Grau de Parentesco com o Paciente	<input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Irmão (ã) <input type="checkbox"/> Avó (ô) <input type="checkbox"/> Tio (a) <input type="checkbox"/> Primo (a) <input type="checkbox"/> Sobrinho (a) <input type="checkbox"/> Amigo (a) <input type="checkbox"/> Padrinho <input type="checkbox"/> Madrinha <input type="checkbox"/> Afilhado (a) <input type="checkbox"/> Outro _____
1.7 Qual setor irá visitar	<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> UTSI <input type="checkbox"/> SALA VERMELHA <input type="checkbox"/> UTQ <input type="checkbox"/> BLOCO CIRÚRGICO

2- IDENTIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS DO ESTUDO			
2.1 O (a) senhor (a) conhece alguma prática popular em saúde ou terapia alternativa e complementar?			
<input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO	
2.2 Qual (ais) a (s) prática (s) popular (ES) em saúde ou terapia alternativa e complementar que o (a) senhor (a) utilizou?			
<input type="checkbox"/> Homeopatia	<input type="checkbox"/> Fitoterapia	<input type="checkbox"/> Termoterapia	<input type="checkbox"/> Crioterapia
<input type="checkbox"/> Massoterapia	<input type="checkbox"/> Quiropraxia	<input type="checkbox"/> Acupuntura	<input type="checkbox"/> Reflexologia
<input type="checkbox"/> Cromoterapia	<input type="checkbox"/> Musicoterapia	<input type="checkbox"/> Shiatsu	<input type="checkbox"/> Osteopatia
<input type="checkbox"/> Ioga	<input type="checkbox"/> Ayurvêda	<input type="checkbox"/> Reiki	<input type="checkbox"/> Fototerapia
<input type="checkbox"/> Shantala	<input type="checkbox"/> Medicina Tradicional Chinesa	<input type="checkbox"/> Terapia Comunitária	<input type="checkbox"/> Medicina Antroposófica
<input type="checkbox"/> Inalação	<input type="checkbox"/> Termalismo Social	<input type="checkbox"/> Plantas Medicinais	<input type="checkbox"/> Chá
<input type="checkbox"/> Outros _____			
2.3 Com que finalidade utilizou essa (s) prática (s) popular (ES) em saúde ou terapia alternativa e complementar?			
<input type="checkbox"/> Estresse	<input type="checkbox"/> TPM	<input type="checkbox"/> Alívio da dor	<input type="checkbox"/> Cefaléia
<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Relaxamento	<input type="checkbox"/> Cólica	<input type="checkbox"/> Ansiedade
<input type="checkbox"/> Fadiga	<input type="checkbox"/> Inflamações	<input type="checkbox"/> Insônia	<input type="checkbox"/> Mal estar
<input type="checkbox"/> Labirintite	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Memória
<input type="checkbox"/> Outras _____			
2.4 Quais os benefícios o (a) senhor (a) observou após o uso prática popular em saúde ou terapia alternativa e complementar?			
<input type="checkbox"/> ↓ do Estresse	<input type="checkbox"/> ↓ TPM	<input type="checkbox"/> Ausência de Diarréia	<input type="checkbox"/> Disposição
<input type="checkbox"/> ↓ Insônia	<input type="checkbox"/> ↓ Ansiedade	<input type="checkbox"/> ↓ Cólica	<input type="checkbox"/> Respiração
<input type="checkbox"/> Alívio da dor	<input type="checkbox"/> Bem estar	<input type="checkbox"/> Ausência de Cefaléia	<input type="checkbox"/> Memória
<input type="checkbox"/> Relaxamento	<input type="checkbox"/> Autoestima	<input type="checkbox"/> Ausência de Depressão	
<input type="checkbox"/> Outros _____			

2.5 O (a) Senhor (a) já recomendou esta terapêutica para alguém? SIM NÃO**2.5.1 A Quem?**

- Pai Mãe Filho (a) Irmão (ã) Avó (ô)
- Tio (a) Primo (a) Sobrinho (a) Amigo (a) Padrinho
- Madrinha Afilhado (a)
- Outro _____



Fonte:Internet, 2013

ANEXO D



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. José Alixandre de Sousa Luis
Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde (UAS) da UFCG no *campus* CES – Cuité/PB

O Centro de Educação e Saúde da UFCG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Enfermagem. Nesse contexto, a graduanda Alana Dionízio Carneiro, matrícula nº 508220039, CPF nº 014.460.284-96, está realizando uma pesquisa intitulada por: “Práticas não convencionais em saúde por familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos”, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, 19 de março de 2013.

Alana Dionízio Carneiro
Alana Dionízio Carneiro
(Orientanda - Pesquisadora)

Jocelly de Araújo Ferreira
Jocelly de Araújo Ferreira
(Orientadora - Pesquisadora)

José Alixandre de Sousa Luis
Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde – Cuité/PB

Luciana Dantas Parias de Andrade
Coord. do Curso de Enfermagem
Professora UFCG/CES - SIAPE 1617082

ANEXO A1



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR HUMBERTO LUCENA
NÚCLEO DE ESTÁGIO, CAPACITAÇÃO E EVENTOS – NECE



João Pessoa, 19 de março de 2013.

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

Eu, **Edva Benevides de Freitas Júnior**, CPF: 010.265.734-32, na condição de Diretor Técnico, AUTORIZO a pesquisador(a) **Alana Dinízio Carneiro** para ingressar nesta instituição, na condição de graduando em **Enfermagem** da UFCG, em conjunto com o(a) orientador(a) **Jocelly de Araújo Ferreira** docente da Instituição de ensino referida a cima, para realizar a pesquisa intitulada **“Práticas não Convencionais em Saúde por Familiares e Vínculos Afetivos de Pacientes Críticos.”**. Declaro ainda, ter ciência que a referida pesquisa está de acordo com a resolução CNS 196/96 e as demais resoluções complementares.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


Edvan Benevides F. Júnior
Diretor Técnico

TERMO DE COMPROMISSO DO (S) PESQUISADOR (ES)

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada: “Práticas não convencionais em saúde por familiares e vínculos afetivos de pacientes críticos”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, autorgada pelo Decreto nº 93833, de 24 de Janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo CEP/ CCS (Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Ciências da Saúde), ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/ CCS, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Campina Grande, 19 de março de 2013.

Jocelly de Araújo Ferreira

Autora da Pesquisa

Jocelly de Araújo Ferreira

Alana Dionízio Carneiro

Orientanda

Alana Dionízio Carneiro

ANEXO B**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL****PESQUISA: “PRÁTICAS NÃO CONVENCIONAIS EM SAÚDE POR FAMILIARES E VÍNCULOS AFETIVOS DE PACIENTES CRÍTICOS”**

Eu, Jocelly de Araújo Ferreira, Enfermeira, docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: 2224229 SSP/PB e CPF: 007.949.254-13, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, 19 de março de 2013.

Jocelly de Araújo Ferreira
Orientadora

ANEXO C



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC

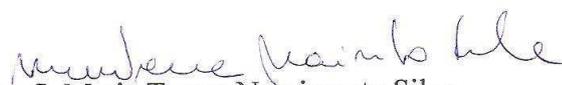


DECLARAÇÃO

Declaro para fins de comprovação, que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, o projeto de número CAAE: 14535613.4.0000.5182 intitulado: **PRÁTICAS NÃO CONVENCIONAIS EM SAÚDE POR FAMILIARES E VÍNCULOS AFETIVOS DE PACIENTES CRÍTICOS.**

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC em 30 dias, relatório final de conclusão, antes do envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos do HUAC em data a ser acordada entre o CEP e o pesquisador.


Prof. Maria Teresa Nascimento Silva
Coordenadora CEP/HUAC/UFPG

Campina Grande - PB, 11 de Julho de 2013.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br