

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE GESTÃO E NEGÓCIOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

VANESSA ALVES PINHAL

**A ESCOLHA DO CONSUMIDOR DE SERVIÇOS DA MEDICINA INTEGRATIVA:
UMA ANÁLISE DOS INFLUENCIADORES DO USO E DO BEM-ESTAR
CONSIDERANDO A DIMENSÃO REGIONAL**

**UBERLÂNDIA-MG
DEZEMBRO/2023**

VANESSA ALVES PINHAL

**ESCOLHA DO CONSUMIDOR DOS SERVIÇOS DA MEDICINA INTEGRATIVA:
UMA ANÁLISE DOS INFLUENCIADORES DO USO E DO BEM-ESTAR
CONSIDERANDO A DIMENSÃO REGIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGAdm) da Faculdade de Gestão e Negócios (FAGEN) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), como exigência para obtenção do título de Doutora em Administração.

Linha de pesquisa: Sociedade, Desenvolvimento e Regionalidade.

Orientador: Prof. Dr. André Francisco Alcântara Fagundes

**UBERLÂNDIA-MG
DEZEMBRO/2023**

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

P654
2023

Pinhal, Vanessa Alves, 1988-
Escolha do Consumidor dos Serviços da Medicina
Integrativa: uma análise dos influenciadores do uso e do
bem-estar considerando a dimensão regional [recurso
eletrônico] / Vanessa Alves Pinhal. - 2023.

Orientador: André Francisco Alcântara Fagundes.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Pós-graduação em Administração.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.te.2023.671>
Inclui bibliografia.

1. Administração. I. Fagundes, André Francisco
Alcântara, 1976-, (Orient.). II. Universidade Federal de
Uberlândia. Pós-graduação em Administração. III. Título.

CDU: 658

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Administração
Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 5M, Sala 109 - Bairro Santa Mônica, Uberlândia-MG,
CEP 38400-902
Telefone: (34) 3239-4525 - www.fagen.ufu.br - ppgaadm@fagen.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Administração				
Defesa de:	Tese de Doutorado Acadêmico, número 15, PPGADM				
Data:	19 de dezembro de 2023	Hora de início:	08:30	Hora de encerramento:	11:00
Matrícula do Discente:	12013ADM009				
Nome do Discente:	Vanessa Alves Pinhal				
Título do Trabalho:	A Escolha do Consumidor de Serviços da Medicina Integrativa: uma análise dos influenciadores do uso e do bem-estar considerando a dimensão regional				
Área de concentração:	Regionalidade e Gestão				
Linha de pesquisa:	Sociedade, Desenvolvimento e Regionalidade				
Projeto de Pesquisa de vinculação:					

Reuniram-se na sala 223, bloco 1F, Campus Santa Mônica, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Administração, assim composta: Prof^a. Dr^a. Verônica Angélica Freitas de Paula (UFU), Prof. Dr. José Eduardo Ferreira Lopes (UFU), Prof^a Dr^a. Tânia Modesto Veludo de Oliveira (FGV), Prof. Dr. Fernando de Oliveira Santini (UNISINOS) e Prof. Dr. André Francisco Alcântara Fagundes (UFU), orientador da candidata. Ressalta-se que a Prof^a Dr^a. Tânia Modesto Veludo de Oliveira e o Prof. Dr. Fernando de Oliveira Santini participaram da defesa por meio de webconferência e os demais membros da banca e a aluna participaram *in loco*.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Prof. Dr. André Francisco Alcântara Fagundes, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir a candidata. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando a candidata:

Aprovada

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **André Francisco Alcântara Fagundes, Professor(a) do Magistério Superior**, em 19/12/2023, às 15:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Verônica Angélica Freitas de Paula, Professor(a) do Magistério Superior**, em 19/12/2023, às 16:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **José Eduardo Ferreira Lopes, Professor(a) do Magistério Superior**, em 20/12/2023, às 15:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tania Modesto Veludo de Oliveira, Usuário Externo**, em 20/12/2023, às 19:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando de Oliveira Santini, Usuário Externo**, em 21/12/2023, às 09:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5040143** e o código CRC **5243DCD2**.

RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são terapias que objetivam estimular os mecanismos naturais de promoção da saúde (Brasil, 2018). Nessa área, os profissionais têm mudado sua percepção sobre o termo ‘paciente’, passando a percebê-los como consumidores de serviços de saúde (Danaher & Gallan, 2016), trazendo oportunidades de estudos no campo do comportamento do consumidor (Galbraith et al., 2018). Ademais, tendo em vista o aspecto do bem-estar dos indivíduos que consomem as PICS, identifica-se uma oportunidade especialmente com o aporte teórico da Pesquisa Transformativa do Consumidor (TCR, em inglês *Transformative Consumer Research*), ao buscar analisar os fatores que podem exercer influência nesse processo, assim como o impacto da relação dos consumidores com esses serviços de saúde, proporcionando o acesso aos resultados percebidos que esses serviços proporcionam para esses indivíduos. Assim, esta pesquisa se propõe a identificar e analisar fatores que explicam o consumo das práticas integrativas e complementares em saúde. Para que isso fosse possível, a presente tese aplica um projeto de método misto sequencial composto de duas fases. A primeira, de caráter exploratório e qualitativo, contou com a participação de cinco profissionais de saúde e 12 consumidores das PICS, no contexto de Uberlândia e região. Este estudo permitiu, por meio de seus resultados, a identificação de um fator influenciador inicialmente não identificado na literatura: a ‘abertura à experiência’. Para os indivíduos entrevistados, esse elemento demonstrou ser importante em suas realidades. Ademais, foi possível corroborar a relação entre o uso das PICS e o bem-estar das pessoas que as consomem, trazendo mais força para o modelo teórico proposto. Finalmente, foi possível perceber que os consumidores das PICS apresentam comportamentos ativos no sentido de transformarem suas próprias realidades por meio da incorporação de hábitos saudáveis, como atividade física ou práticas de meditação, por exemplo. Juntamente a isso, essas pessoas iniciam uma busca constante por conhecimento sobre sua própria condição de saúde, que leva a maiores níveis de confiança para tomarem decisões relacionadas à saúde. A segunda etapa, de caráter quantitativo e descritivo, foi realizado por meio da aplicação de uma *survey* online, que contou com a participação de 226 respondentes, consumidores das seguintes práticas interativas: acupuntura, homeopatia e reiki. As proposições do estudo qualitativo foram incorporadas no modelo, que foi testado conforme as relações identificadas na literatura. Os resultados do segundo estudo possibilitaram depreender que alguns fatores são mais propensos a influenciarem o consumo das práticas integrativas, quais sejam: características pessoais como a curiosidade e abertura à novas experiências; condições de saúde, como transtornos de ansiedade, sentimentos de

angústia e dores crônicas; fatores externos que dizem respeito ao contexto e entorno no qual a pessoa está inserida, como seu núcleo familiar, assim como os lugares que frequenta e amigos com os quais convive. Finalmente, percebeu-se uma relação entre o uso das PICS e o bem-estar, gerando um comprometimento com a utilização dessa abordagem devido aos benefícios percebidos tanto a nível individual (em termos de equilíbrio e redução de ansiedade), quanto a nível mais amplo, melhorando relacionamentos de trabalho ou com pessoas mais próximas. A pesquisa apresenta implicações teóricas relevantes, pois identifica e testa relações entre variáveis importantes relacionadas ao consumo das práticas integrativas e complementares, assim como sua relação com o bem-estar percebido dos consumidores que usam desses serviços. Com uma análise do bem-estar subjetivo dos participantes da pesquisa, busca-se compreender os fatores que influenciam o uso das PICS, visando fornecer conteúdo para que tanto as entidades de serviço quanto os consumidores, se relacionem de forma a gerar bem-estar mútuo. Os resultados podem fornecer possibilidades para que haja um comprometimento de aplicação dos preceitos relacionados à promoção de saúde e incorporação de hábitos mais saudáveis no cotidiano desses consumidores. Do ponto de vista social, o estudo contribui ao destacar a importância de considerar os benefícios percebidos pelos consumidores ao consumirem esse serviço específico de saúde, que são as PICS. Com isso, é possível que haja melhores comunicações entre os públicos interessados.

Palavras-chave: Consumo de serviços de saúde; Bem-estar; Práticas integrativas.

ABSTRACT

Integrative and Complementary Health Practices (PICS) are therapies that aim to stimulate natural health promotion mechanisms (Brasil, 2018). In this area, professionals have changed their perception of the term 'patient', starting to perceive them as consumers of health services (Danaher & Gallan, 2016), bringing opportunities for studies in the field of consumer behavior (Galbraith et al., 2018). Furthermore, considering the aspect of the well-being of individuals who consume PICS, an opportunity is identified especially with the theoretical contribution of Transformative Consumer Research (TCR), in seeking to analyze the factors that can exert influence on this process, as well as the impact of consumers' relationship with these health services, providing access to the perceived results that these services provide for these individuals. Therefore, this research aims to identify and analyze factors that explain the consumption of integrative and complementary health practices. To make this possible, this thesis applies a sequential mixed method project composed of two phases. The first, of an exploratory and qualitative nature, involved the participation of five health professionals and 12 PICS consumers, in the context of Uberlândia and the region. This study allowed the identification of an influencing factor initially not identified in the literature: 'openness to experience'. For the individuals interviewed, this element proved to be important in their realities. Furthermore, it was possible to corroborate the relationship between the use of PICS and the well-being of the people who consume them, bringing more strength to the proposed theoretical model. Finally, it was possible to notice that PICS consumers present active behaviors in order to transform their own realities through the incorporation of healthy habits, such as physical activity or meditation practices, for example. Along with this, these people begin a constant search for knowledge about their own health condition, which leads to greater levels of confidence in making health-related decisions. The second stage, of a quantitative and descriptive nature, was carried out through the application of an online survey, which included the participation of 226 respondents, consumers of the following interactive practices: acupuncture, homeopathy and reiki. The propositions of the qualitative study were incorporated into the model, which was tested according to the relationships identified in the literature. The results of the second study made it possible to infer that they showed that some factors are more likely to influence the consumption of integrative practices, namely: personal characteristics such as curiosity and openness to new experiences; health conditions, such as anxiety disorders, feelings of distress and chronic pain; external factors that concern the context and environment in which the person is inserted, such as their family nucleus, as well as the places they frequent

and the friends they spend time with. Finally, a relationship was noticed between the use of PICS and well-being, generating a commitment to the use of this approach due to the benefits perceived both at an individual level (in terms of balance and reduction of anxiety) and at a broader level, improving relationships at work or with people closest to you. The research presents relevant theoretical implications, as it identifies and tests relationships between important variables related to the consumption of integrative and complementary practices, as well as their relationship with the perceived well-being of consumers who use these services. With an analysis of the subjective well-being of research participants, we seek to understand the factors that influence the use of PICS, aiming to provide content so that both service entities and consumers relate in order to generate mutual well-being. The results can provide possibilities for a commitment to applying precepts related to health promotion and incorporating healthier habits into the daily lives of these consumers. From a social point of view, the study contributes by highlighting the importance of considering the benefits perceived by consumers when consuming this specific health service, which are PICS. This means there can be better communications with this audience.

Keywords: Consumption of health services; Well-being; Integrative practices

AGRADECIMENTOS

Esses quatro anos de doutorado foram atípicos, não apenas no âmbito acadêmico, mas em todas as outras esferas da minha vida, acredito que para todas as outras pessoas também. Diante de tantas mudanças, incertezas, ansiedades e aulas remotas, graças às pessoas que estiveram por perto, também houve inúmeros momentos de alegria, superação, aprendizados e realizações.

Agradeço primeiramente à minha família, por estar sempre presente e me dando apoio incondicional nas minhas escolhas de vida, especialmente, ao meu pai, Hércules. À minha saudosa mãe, Elaine, pela vida e pela oportunidade de estar aqui. Ao meu irmão Vinícius pelos incentivos; e à Anna Luiza, pelo amor, carinho e compreensão.

Agradeço também a todos os professores da Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia, que compartilharam tanto conosco durante esses anos. Especialmente, agradeço ao professor Dr. André pela excelente orientação, pela compreensão em inúmeros momentos de cansaço, de ansiedade e de necessidade de direcionamento. Isso foi fundamental. Sempre me considereei uma pessoa de sorte por ter pessoas que admiro por perto, por isso, estendo os agradecimentos especiais à professora Dra. Verônica, por me despertar o interesse pelo mundo acadêmico ainda na graduação; e também à professora Dra. Jacqueline, por ter me ensinado tanto no decorrer do mestrado.

Agradeço aos membros da banca tanto de qualificação quanto de defesa. Obrigada pela disponibilidade e pelas importantíssimas contribuições para minha pesquisa. Em especial, agradeço à atenção da professora Dra. Tânia, que me acolheu em sua disciplina de *Transformative Consumer Research* com tanta atenção e carinho, me auxiliando a compreender melhor o programa de pesquisa que escolhi utilizar nesta tese.

Agradeço imensamente a todos os colegas do doutorado pelos conhecimentos compartilhados, pelos artigos publicados e pela troca de experiências. Especialmente, aos colegas Lucas, meu amigo da vida desde a graduação; à Nathalia, que se tornou uma grande amiga nessa trajetória; e ao Daniel, parceiro de artigos e desabafos.

Finalmente, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo financiamento da pesquisa.

“Não existe verdadeira inteligência sem bondade”

Ludwig Van Beethoven

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Os seis comprometimentos da TCR.....	21
Figura 2. <i>Framework</i> das entidades e resultados da TSR.....	22
Figura 3. Processo histórico da evolução dos conceitos do modelo integrativo	26
Figura 4. Evolução da inserção de práticas integrativas na saúde no Brasil	28
Figura 5. Categorias e subcategorias para o uso da MI.....	32
Figura 6. Processo de Decisão Compartilhado.....	34
Figura 7. Modelo conceitual de comprometimento do consumidor no contexto da MI	38
Figura 8. Modelo de análise dos dados.....	63
Figura 9. Modelo teórico	69
Figura 10. Modelo saturado.....	94
Figura 11. Modelo de bem-estar saturado	97
Figura 12. Modelo proposto sem ajustes	99
Figura 13. Modelo reespecificado	102
Figura 14. Aspectos relacionados à adoção de PICS	117
Figura 15. Framework da adoção de PICS	117

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Características dos consumidores Nativos, Imigrantes e Turistas.....	37
Quadro 2. Fatores que influenciam o consumo de PICS identificados na literatura.....	39
Quadro 3. Estudos de desenvolvimento da escala <i>Trust in Physician</i>	43
Quadro 4. Relação de consumidores entrevistados	61
Quadro 5. Relação de profissionais de saúde entrevistados	61
Quadro 6. Hipóteses da pesquisa e estudos que fornecem fundamentação.....	68
Quadro 7. Matriz de Amarração	78
Quadro 8. Ações transformativas no contexto de consumo das PICS.....	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Dados demográficos da amostra	80
Tabela 2 Primeiro uso das PICS	83
Tabela 3 Utilização das PICS	83
Tabela 4 Respondentes portadores de doenças crônicas	84
Tabela 5 Frequência de prática de atividade física.....	85
Tabela 6 Círculo social consumidor de PICS	85
Tabela 7 Fatores autodeclarados como influenciadores e inibidores do uso das PICS	85
Tabela 8 Análise descritiva das variáveis.....	86
Tabela 9 Teste KMO Alfabetização em Saúde	91
Tabela 10 Componentes Alfabetização em Saúde	92
Tabela 11 Teste KMO Confiança no Profissional de Saúde	92
Tabela 12 Componentes da Confiança no Profissional de Saúde	93
Tabela 13 Validade convergente e AVE	95
Tabela 14 Fornell-Lacker	95
Tabela 15 Cargas Cruzadas	96
Tabela 16 HeterotraçoMonotraço - HTMT	96
Tabela 17 Parâmetros do modelo de mensuração	97
Tabela 18 Fornall-Lacker	98
Tabela 19 Cargas Cruzadas	98
Tabela 20 HeterotraçoMonotraço - HTMT	98
Tabela 21 Cargas Fatoriais	100
Tabela 22 Análise da confiabilidade e da Validade Convergente dos construtos	103
Tabela 23 Critério Fornall-Lacker	104
Tabela 24 Cargas cruzadas	104
Tabela 25 HeterotraçoMonotraço - HTMT	105
Tabela 26 Coeficientes de determinação de Pearson.....	106
Tabela 27 Teste de Hipóteses	107
Tabela 28 Medidas de Stone-Geisser e Cohen	107
Tabela 29 Teste de MannWhitney.....	109
Tabela 30 Média dos Construtos me Grupos Região PPGAdm.....	109
Tabela 31 Testes de Moderação	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

MI – Medicina Integrativa

TCR – *Transformative Consumer Research*

TSR – *Transformative Service Research*

NCCIH – *National Center for Complementary and Integrative Health*

MEE – Modelagem de Equações Estruturais

PLS-PM - *Partial Least Squares Path Modeling*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Objetivo Geral	15
1.2 Objetivos Específicos	16
1.3 Justificativa.....	16
1.4 Estrutura da Tese	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1 Pesquisa Transformativa de Serviço	20
2.2 Serviços de Saúde: em busca de uma integração entre paradigmas	24
2.3 O uso das Práticas Integrativas e Complementares sob a Perspectiva do Comportamento do Consumidor	28
2.3.1 Bem-estar percebido do serviço	40
2.3.2 Confiança no profissional de saúde.....	42
2.3.3 Empoderamento	46
2.3.4 Espiritualidade.....	50
2.3.5 Influência Interpessoal	53
2.3.6 Alfabetização em Saúde.....	55
2.3.7 Regionalidade.....	57
2.3.8 Atitude.....	59
3 Estudo Exploratório sobre os fatores influenciadores do Consumo das PICS	60
3.1 Aspectos metodológicos do estudo exploratório	60
3.2 Resultados do estudo exploratório.....	63
4 MODELO TEÓRICO.....	68
4.1 Definições Conceitual e Operacional das Variáveis que serão testadas.....	69
4.1.1 Bem-estar percebido do serviço	69
4.1.2 Confiança no profissional de saúde	70
4.1.3 Empoderamento.....	70
4.1.4 Espiritualidade	70
4.1.5 Influência Interpessoal.....	71
4.1.6 Alfabetização em Saúde	71
4.1.7 Abertura à experiência.....	71
4.1.8 Atitude em relação às PICS	71
4.1.9 Intenção de Compra.....	72
4.1.10 Regionalidade (Etnocentrismo)	72

5 Aspectos metodológicos	73
5.1 Caracterização da Pesquisa.....	73
5.2 Definição da amostra e das práticas integrativas usadas no estudo.....	75
5.3 Instrumento de Coleta de Dados.....	76
5.4 Validação Preliminar das Escalas e Pré-teste	77
5.5 Procedimentos para a análise dos dados.....	77
5.6 Matriz de Amarração	78
6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	80
6.1 Análises descritivas da amostra.....	80
6.1.1 Dados demográficos	80
6.1.2 Dados comportamentais	82
6.1.3 Análise Descritiva das Variáveis dos Construtos	86
6.2 Análise Fatorial Exploratória.....	90
6.2.1 Alfabetização em Saúde	91
6.2.2 Confiança no Profissional de Saúde	92
6.3 Modelagem de Equações Estruturais.....	93
6.3.1 Modelos de Segunda Ordem.....	93
6.3.2 Modelo Proposto	99
6.3.3 Modelo Reespecificado	102
6.4 Avaliação do modelo de mensuração	103
6.5 Avaliação do modelo estrutural.....	106
6.6 Análise do aspecto regional.....	108
6.7 Análise do papel moderador de gênero, renda e região.....	110
6.8 Discussão das Hipóteses.....	111
6.9 Possibilidades de aplicação prática da pesquisa	114
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
7.1 Implicações teóricas, gerenciais e sociais do estudo	118
7.2 Limitações e sugestões de pesquisas futuras	120
REFERÊNCIAS	122
ANEXO A – Escalas originais utilizadas na pesquisa	139
APÊNDICE A – Guias de entrevistas	143
APÊNDICE B – questionário.....	144
APÊNDICE C – MATERIAL DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	152
APÊNDICE D – SCORES DOS CONSTRUTOS DE SEGUNDA ORDEM	154

1 INTRODUÇÃO

No contexto dos serviços de saúde, o termo ‘paciente’ vem sendo substituído por consumidor de serviços de saúde, passando de destinatários passivos de cuidados e sendo considerados cocriadores ativos de suas experiências de serviços de saúde (Danaher & Gallan, 2016). Segundo Anderson (2017) e Frow et al. (2016), as mudanças nesse setor ocorreram devido ao custo dos cuidados, aos avanços tecnológicos, às mudanças culturais, ao maior acesso a informações de saúde e a uma abordagem centrada no paciente, fornecendo um atendimento que aumenta a qualidade da interação entre o prestador de serviço e os usuários.

É possível identificar na literatura duas principais abordagens no âmbito da saúde. A primeira é a convencional ou biomédica, que pode ser entendida como um sistema de atenção à saúde cuja base de conhecimento é a ciência moderna, sendo caracterizada pelo foco na base fisiopatológica da doença e na criação de especialidades e subespecialidades, fazendo com que os profissionais geralmente concentrem sua atenção em pequenas partes do problema do paciente (Wiles & Rosenberg, 2001; Snyderman & Andrew, 2002).

A segunda abordagem é a integrativa, que também é chamada por alguns estudiosos de alternativa e/ou complementar. Mikhail et al. (2004) entendem que as terapias alternativas são práticas médicas que, geralmente, não foram promovidas e ensinadas nas escolas médicas ocidentais e não estão em conformidade com as práticas convencionais da comunidade médica. Já Snyderman e Andrew (2002) acrescentam que a Medicina Integrativa é um termo mais amplo do que a Medicina Alternativa e Complementar, sendo usado para designar um novo movimento que está sendo impulsionado pelos desejos dos consumidores de optarem pela promoção da saúde e por procedimentos de saúde menos invasivos. Essa abordagem será a focada na presente pesquisa.

No Brasil, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) tiveram maior visibilidade após a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006, pelo Ministério da Saúde. O campo da PNPIC contempla sistemas médicos e recursos terapêuticos, que são denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de alternativa/complementar ou de Medicina Integrativa. Esses sistemas possuem abordagens que objetivam estimular os mecanismos naturais de promoção da saúde, com ênfase no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade (Brasil, 2018).

As pesquisas no campo das Práticas Integrativas e Complementares (PICS)¹ discorrem sobre fatores individuais que influenciam o processo de decisão dos indivíduos que usam essas práticas de saúde. Alguns estudos têm destacado o bem-estar percebido pelos consumidores com a utilização das PICS (Bertomoro et al., 2010; Chang et al., 2012; Oh et al., 2010; Smithson et al., 2012; Zhang et al., 2015), reforçando um comprometimento com o uso dessas práticas, levando à maior intenção de consumo.

Outro foco de estudo nessa temática é a relação médico-paciente, que pode favorecer um processo de busca constante por conhecimento e informações relacionadas à saúde (von Conrady & Bonney, 2017) e o consequente empoderamento desses indivíduos no seu processo de tratamento e busca pela saúde (Bulsara et al., 2006; Fotoukian et al., 2014; Laugharne & Priebe, 2006; Ouschan et al., 2006; Scales et al., 2017). No que se refere ao relacionamento prestador e consumidor, o principal fator discutido nas pesquisas é a confiança no profissional que oferece os serviços (Anderson & Dedrick, 1990; Bova et al., 2006; Huynh & Dicke-Bohmann, 2020).

Ademais, estudos se dedicam a investigar a compreensão da relação entre o uso das PICS e a espiritualidade (Kelner & Wellman, 1997), possibilitando verificar que um alto grau de busca espiritual pode estar associado ao aumento do uso dessas práticas (Hsiao *et al.*, 2008). É possível verificar, ainda, que a influência de outras pessoas no processo decisório (Bearden *et al.*, 1989) parece ter papel relevante no uso das terapias integrativas. Finalmente, Bishop et al. (2010) sugerem que fatores que encorajam as pessoas a usar as PICS incluem aspectos como uma orientação holística para saúde e a busca por experimentar terapias ‘naturais’. Assim, pessoas que usam as PICS podem ter filosofias menos convencionais e serem mais propensas a demonstrarem abertura para novas experiências (Bishop et al., 2010).

Em 2020, uma pesquisa coordenada pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz, 2020), intitulada de PICCovid, foi aplicada no contexto da pandemia do novo coronavírus e mostrou que as PICS fazem parte dos cuidados empregados por mais de 60% da amostra estudada². Os resultados apontaram que 61,7% dos participantes relataram adotar alguma prática integrativa para cuidar de si, sendo 25% usuários de quatro ou mais modalidades (Observa PICS, 2021).

¹ O termo ‘integrativo’ é adotado nesta pesquisa tanto para se referir à abordagem terapêutica (Medicina Integrativa) quanto às práticas ou terapias de saúde, reconhecidas como PICS ou, simplesmente, terapias integrativas.

² Amostra: 12.136 residentes no Brasil. Os participantes tinham idade igual ou maior a 18 anos, predominantemente superior a 40 anos. Eram principalmente do sexo feminino, de cor/raça branca, alto nível de escolaridade e com companheiro(a) ou cônjuge.

Partindo para um nível regional, ressalta-se que o estado de Minas Gerais é o que mais se destaca em número de municípios com oferta de PICS, com dados entre 2017 e 2019, no último ano atingindo 646 cidades, conforme o relatório de monitoramento das PICS (Saúde, 2020). Em relação à Uberlândia, cidade do interior de Minas Gerais, além dos serviços oferecidos no âmbito particular, as PICS têm feito parte do sistema de saúde pública do município, que conta com um Centro de Referência de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, oferecendo terapias como acupuntura, meditação, reiki, antroposofia, massoterapia, terapia floral e reflexologia (Uberlândia, 2021). Diante desse contexto, enfatiza-se a relevância de se compreender as relações de consumo das PICS nessas regiões.

Sendo assim, diante dos estudos prévios sobre a temática apresentada, foi possível perceber que eles: (i) priorizam o aprofundamento de um dos fatores que influenciam o consumo das PICS, como o caso da espiritualidade ou o empoderamento, sendo analisados de forma isolada; e/ou (ii) realizam investigações gerais, que buscam identificar fatores motivadores para o uso das PICS. Entretanto, percebeu-se uma lacuna: nenhum dos estudos busca compreender as relações entre esses fatores estudados de forma isolada, e também não consideram o contexto regional analisando a oferta das PICS. Com isso, identifica-se uma oportunidade de pesquisa no âmbito do comportamento do consumidor, especialmente com o aporte teórico da *Transformative Service Research*, que tem como um de seus pressupostos o bem-estar dos consumidores nas relações de consumo. Ademais, ao buscar analisar os fatores que podem exercer influência nesse processo, assim como o impacto da relação dos consumidores com esses serviços de saúde, se torna possível o acesso aos resultados relacionados ao bem-estar percebido, ou seja, subjetivos, que esses serviços proporcionam para esses indivíduos. As pesquisas com foco nesses consumidores são essenciais para a compreensão do fenômeno dessa abordagem integrativa e seu lugar na assistência médica moderna, especialmente no ponto de vista do usuário desses serviços.

1.1 Objetivo Geral

Tendo em vista os estudos que contextualizaram as investigações na área de consumo de serviços de saúde, especificamente dentro do contexto das PICS, foi possível identificar e delimitar o seguinte problema de pesquisa: quais são os fatores que explicam o consumo das práticas integrativas e complementares em saúde pelos consumidores?

Dessa forma, a presente tese tem como objetivo geral: identificar e analisar os fatores que explicam o consumo das práticas integrativas e complementares em saúde.

1.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos, que buscam auxiliar o atendimento do objetivo geral, são:

- a) Identificar os fatores que influenciam o consumo das práticas integrativas e complementares em saúde;
- b) Propor um modelo que represente as relações entre o consumo de práticas integrativas e complementares em saúde e os fatores que antecedem e influenciam esse consumo;
- c) Analisar o papel da regionalidade no consumo das práticas integrativas de saúde; e
- d) Disseminar os resultados da pesquisa entre *stakeholders* da área de saúde integrativa, por meio de relatório informativo.

1.3 Justificativa

O setor de saúde oferece oportunidades para estudar teorias e conceitos emergentes em marketing e pesquisa de consumo (Bann et al., 2010). Vos e Brennan (2010) e Galbraith et al. (2018) discorrem sobre a relevância de estudos na área da medicina integrativa, destacando a variedade de públicos e as razões distintas que podem levar à procura por esses serviços, possibilitando explorar o processo de escolha desses consumidores. Indo ao encontro de oportunidades de pesquisa nessa área, Rivera et al. (2017) identificaram cinco categorias dentro desse setor que poderiam ser consideradas de impacto, ou seja, com potencial para gerar influência positiva na economia, sociedade, serviços públicos, saúde, meio ambiente, qualidade de vida ou academia. Dentre essas categorias está a intitulada ‘impacto na saúde e na sociedade’, com três subgrupos: a alfabetização em saúde; os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde; e maior equidade, inclusão ou coesão social. Esses resultados reforçam a importância de pesquisas que busquem compreender sobre os comportamentos relacionados à saúde, incluindo de consumo.

Ressalta-se também a possibilidade de contribuição da perspectiva da Pesquisa Transformativa do Consumidor (TCR – em inglês *Transformative Consumer Research*), que é um movimento dentro da *Association for Consumer Research* com o intuito de incentivar, apoiar e divulgar pesquisas que beneficiem a qualidade de vida de todos os seres envolvidos ou afetados por tendências e práticas de consumo. Apesar de a TCR ser apresentada como dinâmica e em constante evolução, existem seis compromissos que dão sustentação para os esforços nessa perspectiva: (a) proporcionar bem-estar; (b) disseminar resultados relevantes aos *stakeholders*; (c) fazer parcerias com consumidores e seus cuidadores; (d) encorajar diversidade de

paradigmas; (e) adotar teorias e métodos rigorosos; e (f) destacar contextos situacionais e socioculturais (Davis & Pechmann, 2012). Esse movimento da TCR deu origem à *Transformative Service Research (TSR)*, que visa identificar e avaliar os efeitos de bem-estar decorrentes dos serviços (Neto et al., 2021), que converge com o objeto de estudo da presente pesquisa. Não foram encontrados estudos que analisaram o comportamento de consumidores dos serviços da Medicina Integrativa e Complementar sob a perspectiva da TCR, abrindo espaço para uma contribuição teórica na área de comportamento do consumidor sob uma ótica que visa proporcionar bem-estar aos mesmos.

A contribuição teórica também encontra base ao considerar os diferentes tipos de contribuições conceituais abordadas por MacInnis (2011). A autora enfatiza que, apesar do campo do Marketing ser aberto aos *papers* conceituais, talvez um dos pontos mais importantes que ainda não há clareza é justamente a falta de um *framework* para pensar sobre conceitualização, que pode ser compreendida como um processo de pensamento abstrato que envolve a representação mental de uma ideia. A conceituação envolve ‘ver’ ou ‘entender’ algo abstrato na mente de alguém. Então, o pensamento conceitual é o processo de compreensão de uma situação ou problema de forma abstrata, identificando padrões ou conexões e principais propriedades subjacentes. A autora sugere que a conceituação pode pertencer a várias entidades, enfatizando unidades menores (por exemplo, construtos) para unidades muito grandes (por exemplo, a própria ciência). Para compreender cada uma dessas entidades, começa-se pela menor, o construto. Eles são conceitos abstratos e hipotéticos que são definidos de maneira precisa para ser operacionalizado ou medido. A conceituação de construtos é fundamental porque eles formam a base sobre a qual as medidas são derivadas e das quais as teorias são testadas.

Assim, a contribuição da presente tese advém, conforme MacInnes (2011), da explicação, que ela divide em delinear, ou seja, relacionar ideias, detalhar, descrever ou retratar uma entidade e seu relacionamento com outras entidades; e sumarizar, isto é, encapsular, digerir, reduzir ou consolidar. Diante dos objetivos e das metodologias propostas, o estudo busca descrever e compreender como funcionam as relações de consumo das PICS, o que são esses serviços e por quais motivos eles são utilizados por consumidores em determinado contexto, buscando antecedentes e processos de consumo.

Além disso, este estudo busca contribuir ao integrar perspectivas diversas no que se refere aos antecedentes previamente estudados, sendo eles: bem-estar (Falter & Hadwich, 2020; Bertomoro et al., 2010; Chang et al., 2012), confiança no profissional de saúde (Choy & Ismail, 2017; Anderson & Dedrick, 1990; Bova et al., 2006; Huynh & Dicke-Bohmann, 2020),

empoderamento (Bulsara *et al.*, 2006; Fotoukian *et al.*, 2014; Laugharne & Priebe, 2006; Ouschan *et al.*, 2006; Scales *et al.*, 2017), espiritualidade (Kelner & Wellman, 1997; Hsiao *et al.*, 2008), influência interpessoal (Bearden *et al.*, 1989), alfabetização em saúde (von Conrady & Bonney, 2017) e abertura à experimentação (Galbraith *et al.*, 2018; Honda & Jacobson, 2005). Além disso, contribui ao ampliar a discussão sobre o uso desses serviços sob a perspectiva da TSR, incorporando o papel de aspectos regionais que podem estar relacionados a esse tipo de consumo.

Finalmente, ressalta-se que esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-graduação em Administração da Universidade Federal de Uberlândia, que se encontra estruturado em uma área de concentração intitulada ‘Regionalidade e Gestão’. Assim, destaca-se o aspecto da regionalidade, juntamente com o fato de que a cidade de Uberlândia oferece as PICS pelo Sistema Único de Saúde e por meio de diversas clínicas particulares. Este estudo pode contribuir para o entendimento do comportamento dos consumidores desses serviços, assim como auxiliar as autoridades da área de saúde a implementar políticas que visem conscientizar a população sobre a importância dos cuidados permanentes com a própria saúde e bem-estar.

1.4 Estrutura da Tese

Esta tese é composta de sete capítulos. No primeiro, que corresponde a esta Introdução, foi realizada a contextualização da proposta do estudo, assim como a apresentação do problema, dos objetivos da pesquisa e da justificativa do estudo.

No segundo capítulo, apresentou-se o referencial teórico, composto das seguintes partes: Teoria Transformativa de Serviços; serviços de saúde; e o consumo das PICS sob o ponto de vista do comportamento do consumidor. Ademais, foram explicadas as definições dos fatores influenciadores abordados e as hipóteses propostas.

No terceiro capítulo, consta o estudo qualitativo exploratório, cujo objetivo foi conhecer os fatores que influenciam o consumo das PICS, considerando o contexto estudado.

No quarto capítulo, desenvolveu-se o modelo teórico proposto, trazendo também as hipóteses fundamentadas e as definições conceitual e operacional das variáveis testadas.

Já no quinto capítulo, os aspectos metodológicos são abordados, juntamente com as etapas e a operacionalização da pesquisa, além do seu universo e as técnicas de análise de dados utilizadas.

No sexto capítulo, procedeu-se com os resultados e análises da pesquisa quantitativa realizada no estudo. Primeiramente, procedeu-se com a análise descritiva da amostra e, em

seguida, com as análises da modelagem de equações estruturais, contando com discussão das hipóteses e dos resultados de forma geral.

No sétimo capítulo, foram apresentadas as conclusões da pesquisa, as implicações, limitações e sugestões para pesquisas futuras. Por fim, constam em seguida as referências bibliográficas utilizadas no decorrer da tese, assim como os anexos e apêndices parte do estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A partir dos objetivos propostos para a presente pesquisa, este capítulo busca apresentar, inicialmente, os aspectos teóricos relacionados à Pesquisa Transformativa de Serviços, seguidos de estudos relativos ao consumo de serviços de saúde, integrando as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) nesse contexto. Além disso, busca-se apresentar e discorrer sobre os construtos envolvidos com o consumo dessas terapias, assim como seus conceitos, visando um esclarecimento quanto às definições e a evolução dessa perspectiva do consumo no contexto da saúde. Serão apresentadas, também, as hipóteses de pesquisa, bem como o respectivo Modelo Teórico proposto.

2.1 Pesquisa Transformativa de Serviço

A Pesquisa Transformativa de Serviço (TSR – *Transformative Service Research*) está inserida no âmbito dos estudos da Pesquisa Transformativa do Consumidor (TCR – *Transformative Consumer Research*). Esses estudos são caracterizados por responder um problema ou oportunidade fundamental, buscando melhorar os efeitos do consumo. Nesse contexto, a TCR é referida como um “movimento” dentro do *Association for Consumer Research* (ACR) que procura incentivar, apoiar e divulgar pesquisas que beneficiem o bem-estar e a qualidade de vida do consumidor, focando em resultados de bem-estar para indivíduos, instituições e sociedade (Gurrieri, Zayer & Coleman, 2022). Todos esses aspectos são atingidos tendo em vista, principalmente, seis comprometimentos essenciais da TCR (e consequentemente de TSR), sendo eles, conforme apresentado na Figura 1.

A TCR surge como uma abordagem que visa dar condições para que pesquisadores possam fazer uso de tradições de pesquisa diversas, buscando unificar perspectivas. Ela então, reconhece, acolhe e endossa a pluralidade de teorias, métodos, níveis de análise e paradigmas necessários para compreender e influenciar positivamente o bem-estar. Com isso, identifica-se a existência de incentivo e divulgação de pesquisas que beneficiem a qualidade de vida de todos aqueles afetados por tendências e práticas de consumo em todo o mundo. Nessa perspectiva, o bem-estar é compreendido como um estado de florescimento que envolve saúde, felicidade e prosperidade (Mick et al., 2012).

Além disso, destaca-se alguns pontos específicos da TCR, que auxilia sua compreensão. Primeiramente, há o contexto sociocultural ou a incorporação situacional do problema ou

oportunidade de bem-estar. Esse foco não indica que toda a pesquisa baseada na TCR deva ser antropológica ou sociológica, mas significa que a TCR busca trabalhar em problemas que são percebidos pelos consumidores como relevantes, e busca aprender e desenvolver soluções dentro das condições em que consumo e bem-estar são mutuamente influentes. Fatores físicos e ambientais, configurações familiares e sociais e outras dimensões situacionais são fundamentais para o bem-estar. De fato, a ênfase no contexto também pode melhorar a construção e a extensão da teoria, por meio de novas reflexões e descobertas em cada contexto investigado (Mick, 2006; Mick et al., 2012).



Figura 1. Os seis comprometimentos da TCR

Fonte: Mick et al. (2012, p. 6).

A TCR também endossa um novo papel e imagem para os pesquisadores do consumo como defensores e parceiros dos consumidores. Estudiosos da TCR procuram gerar *insights* que se traduzam diretamente em novas capacidades e comportamentos que apoiam o bem-estar. Por isso, verifica-se, ainda, outro ponto: planejamento e execução com o objetivo de compartilhar todas essas ideias advindas das investigações com consumidores, formuladores de políticas ou qualquer outra pessoa que possa se beneficiar ao aprender e usar os resultados da pesquisa. Desde o início de seu trabalho, os pesquisadores se preocupam não apenas com o *design* e a implementação da pesquisa, mas também com a forma como comunicarão as descobertas de maneira eficaz.

Especificamente em relação à TSR, a mesma é definida por Anderson et al. (2013) como sendo a integração da pesquisa de consumidor e serviço que se concentra na criação de mudanças e melhorias edificantes no bem-estar das entidades consumidoras: indivíduos (consumidores e funcionários), comunidades e o ecossistema. Assim, uma estrutura de pesquisa integrativa focada em serviços e bem-estar do consumidor deve reconhecer o impacto do macroambiente, assim como destacam as políticas públicas, culturais, tecnológicos e econômicos devido à sua potencial influência sobre as entidades de serviços e consumidores. Em particular, a política pública é responsável pelo bem das pessoas e, portanto, por definição, pode afetar o bem-estar.

Para Rosenbaum (2015), a TSR se concentra em fatores que melhoram a condição humana. O paradigma incentiva os pesquisadores a criarem novas teorias e a emprestar teorias de outras áreas disciplinares – mais notavelmente, pesquisa do consumidor e saúde pública – para tentar entender como as ofertas de serviços, redes de serviços, prestadores de serviços podem melhorar o bem-estar do consumidor. A Figura 2 apresenta um esquema conceitual desses aspectos.

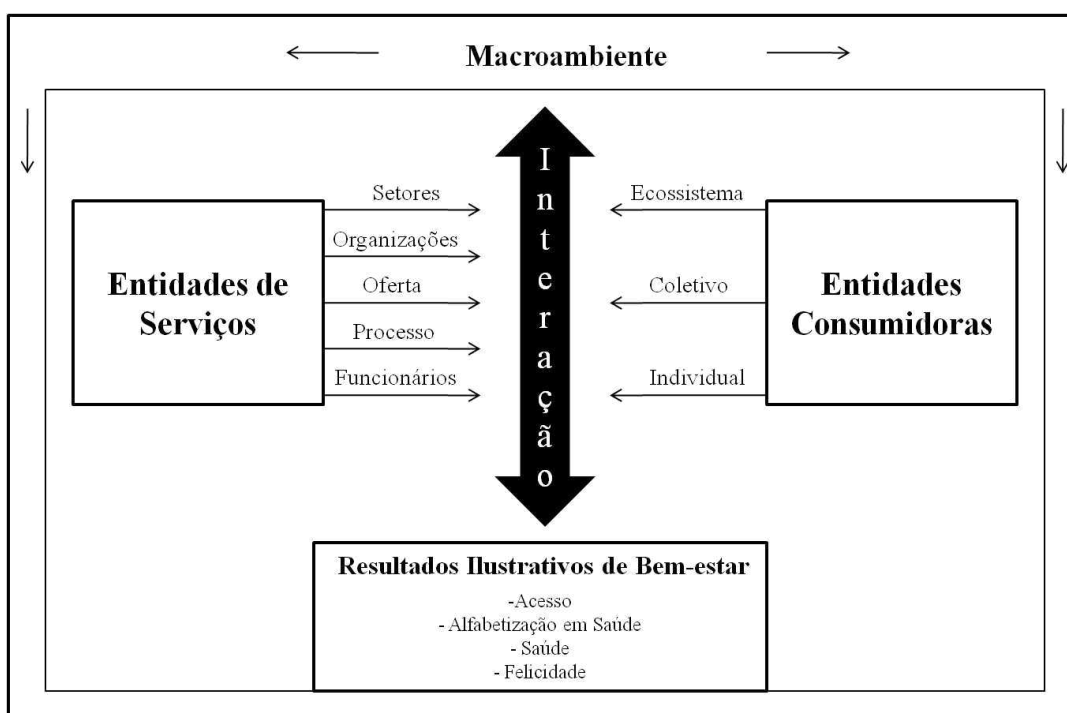


Figura 2. Framework das entidades e resultados da TSR

Fonte: Anderson et al. (2013, p. 1204).

A estrutura da Figura 2 conceitua a relação entre entidades de serviço e bem-estar do consumidor, podendo servir como catalisador para pesquisas futuras com foco no impacto

transformador dos serviços sobre os consumidores. As entidades de serviço são aspectos com os quais as entidades de consumo interagem e que podem afetar positiva ou negativamente seu bem-estar, por exemplo, pela forma como um funcionário entrega um serviço, o *design* de um processo ou oferta de serviço, as políticas que uma organização estabelece ou a estrutura de um setor. As entidades consumidoras são diferentes níveis (de micro a macro) de consumidores que interagem com entidades de serviço. Os coletivos podem ser famílias ou comunidades. O nível mais amplo é o ecossistema, que destaca a influência das entidades de serviço no ambiente natural, bem como as pessoas que residem nele, sendo os aspectos mais importantes para a TSR: política pública, cultura, tecnologia e economia (Anderson *et al.*, 2013).

Alguns autores consideram que os profissionais de saúde têm modificado sua visão sobre seus pacientes, passando a vê-los como cocriadores ativos de suas experiências de serviços de saúde (Danaher & Gallan, 2016). Esse setor tem sofrido modificações devido aos avanços tecnológicos, às mudanças culturais, ao maior acesso a informações e a uma abordagem centrada no paciente e no seu bem-estar. O crescente foco no consumidor pode ser auxiliar no fornecimento de um atendimento que aumenta a qualidade da interação entre o serviço e os consumidores, proporcionando a esses usuários um maior controle das decisões que afetam o seu próprio bem-estar (Anderson, 2017; Frow *et al.*, 2016).

A abordagem integrativa é citada por Dodds et al. (2018) como um ambiente de serviço transformacional, também indo ao encontro da TSR. Uma das principais descobertas desta pesquisa foi a identificação de oito temas de valor para o consumidor na área da saúde, sendo eles: qualidade do atendimento, eficácia do tratamento, ambiente físico (estética), ética, valor de estima, valor social, valor espiritual e lúdico. Para ilustrar, os participantes coletaram imagens para representar as suas experiências com os profissionais de saúde, por exemplo, uma parceria com o médico, que introduziu a ideia de um médico e cliente avançando e aprendendo juntos. Tendo produzido uma imagem evocativa particular, o participante pôde elaborar o que o pesquisador principal reconheceu como qualidade do cuidado, com subtema de ‘co-aprendizagem’ (Dodds et al., 2018).

O estudo de Ungaro et al. (2021) teve como objetivo investigar a perspectiva do consumidor quanto à relação entre serviços e bem-estar, contribuindo para a base de conhecimento em pesquisas transformativas de serviços. Mais especificamente, o objetivo foi compreender as percepções dos consumidores sobre a relação entre serviços e bem-estar e suas opiniões sobre como as empresas podem contribuir (direta e/ou indiretamente) para isso. A sustentabilidade do serviço representa a característica fundamental que determina a capacidade do serviço ser transformador, exigindo a implementação das dimensões social, ambiental e

econômica. Verificou-se que, para o consumidor, as categorias de serviço que apresentam uma relação mais forte entre serviço e bem-estar são: saúde, financeiro e transporte.

Já a pesquisa realizada por Davey e Gronroos (2019) busca explorar as interações dos atores em serviços transformadores, propondo papéis complementares de alfabetização em saúde e considerando estes fundamentais para a integração de recursos e a criação conjunta de valor. A nível dos consumidores, os papéis considerados são os de buscadores (busca, organizam e avaliam informações para avaliar habilidades profissionais); decisores (altamente engajados nas decisões de saúde); *networkers* (conectados a referências sociais e comprometidos com os valores compartilhados por essa rede); *sensemaker* (experimenta e busca alternativas e oportunidades, confia sobre evidências e resultados); e o gestor (foca em compreender os processos e criação de valor das práticas de saúde). Para os profissionais, os papéis podem estar relacionados à: corretor de conhecimento (valida informações para pacientes que valorizam esse conhecimento); agente ético (usa o profissionalismo como base para confiança e autoridade); e o facilitador (encorajam, motivam e dão suporte para que os pacientes desenvolvam habilidades de alfabetização à saúde). Assim, tem-se que os pacientes não apenas adquirem recursos, mas também transformam e agem sobre os recursos em suas decisões diárias de saúde e desempenham papéis dinâmicos nas relações de serviço transformadoras para co-criar valor. Especificamente, este estudo destaca os processos negociados de papéis de alfabetização em serviços de saúde.

Finalmente, é possível perceber as possibilidades e abertura que a TSR proporciona para novos *insights* relacionados a diversas áreas, incluindo a saúde, envolvendo consumidores e os contextos nos quais eles estão inseridos. Além disso, ressalta-se a relevância e a proximidade entre a TCR e os objetivos de desenvolvimento sustentável da ONU, tendo em vista que a Agenda 2030 é um plano de ação que visa atingir 17 objetivos para o desenvolvimento sustentável, relacionados a temáticas diversas, inclusive bem-estar. A parceria entre pesquisadores e comunidade tem se mostrado cada vez mais relevante e a preocupação da TCR com a comunicação, parceria entre atores e sabedoria prática faz com que as pesquisas tenham (ou possam ter) um impacto mais significativo na vida das pessoas.

2.2 Serviços de Saúde: em busca de uma integração entre paradigmas

O campo das práticas integrativas e complementares em saúde é constituído por uma ampla variedade de termos e conceitos, articulando métodos diagnóstico-terapêuticos, tecnologias leves, filosofias orientais, práticas religiosas e estratégias de autoconhecimento.

Essa multiplicidade de cuidados pode abarcar ainda recursos como terapias nutricionais, disciplinas corporais, modalidades de massoterapia, práticas xamânicas e estilos de vida associados ao naturalismo e à ecologia (Andrade & Costa, 2010).

Devido a essa amplitude, verifica-se a inexistência de uma definição universalmente consensual da medicina alternativa e complementar. Embora os termos ‘alternativa’ e ‘complementar’ sejam utilizados como uma única categoria existe uma distinção entre eles. De acordo com o *US National Center for Complementary and Integrative Health* (Nccih, 2021): quando uma prática não convencional é usada junto com a medicina convencional, ela é considerada ‘complementar’; e quando determinada prática não convencional é usada isoladamente, em vez da medicina convencional, ela é considerada ‘alternativa’. Além disso, pode haver sobreposição entre essas categorias, como por exemplo, a aromaterapia que pode ser usada como um tratamento complementar e, em outras circunstâncias, como um tratamento alternativo (Nccih, 2021).

Com o objetivo de apresentar elementos do processo histórico das medicinas alternativas, complementares e integrativas, Saad e Lima (2010) abordam questões conceituais, dimensionando o desafio que esse modelo representa para o campo da saúde. De acordo com os autores, os eventos históricos e sociais de cada período impactaram a forma como o modelo foi sendo definido. Esse processo de evolução conceitual pode ser compreendido conforme Figura 3.

Além de reconhecer a amplitude no que se refere às denominações das práticas não convencionais, Andrade e Costa (2010) citam que seu enquadramento enquanto racionalidade terapêutica costuma ser realizado pelo contraste epistemológico com os parâmetros da medicina convencional, a qual se baseia no paradigma newtoniano-cartesiano, com foco na enfermidade, medicamentos, hipervalorização da tecnologia e acentuada especialização.

Essa perspectiva é corroborada por Silva et al. (2016), que consideram o processo de saúde e doença como um fenômeno eminentemente social e mutável. Nesse sentido, torna-se relevante a compreensão dos contextos sociais em que as doenças ocorrem, para que seu entendimento aconteça para além das causas puramente biológicas. Os autores destacam a falta de espaços de discussão sobre o assunto no âmbito das ciências médicas, já que a biomedicina e os processos alternativos à lógica alopática configuram-se como excludentes. Entretanto, é exatamente neste contexto que a interdisciplinaridade pode se apresentar como uma nova possibilidade de diálogo entre as duas visões.

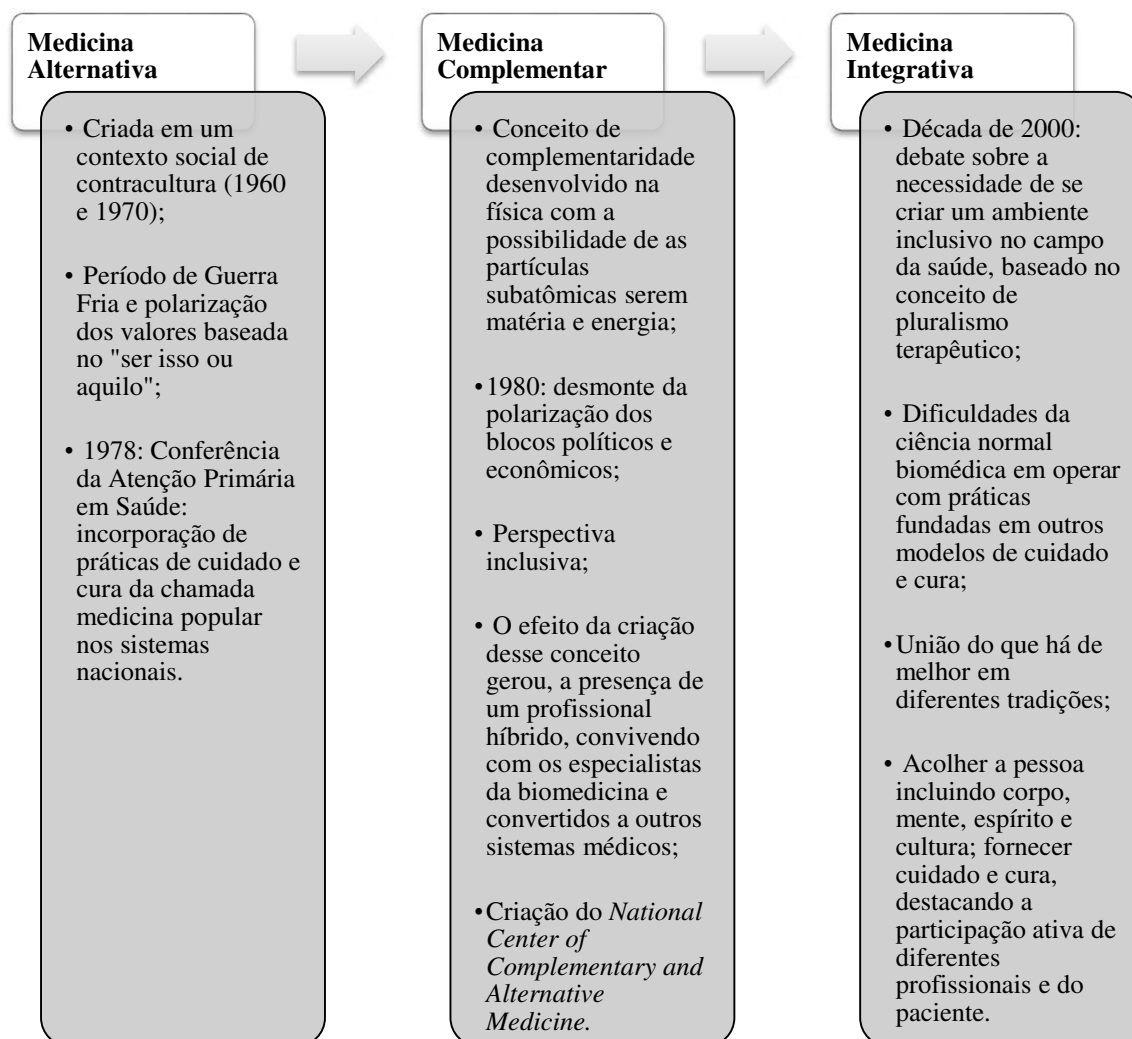


Figura 3. Processo histórico da evolução dos conceitos do modelo integrativo

Fonte: Saad & Lima (2010).

Concordando com a visão integrativa, Berna et al. (2019) citam que o rótulo ‘medicina alternativa’ foi historicamente removido, considerando que os medicamentos não convencionais geralmente representam opções mais complementares do que alternativas aos tratamentos convencionais. Essa visão vai ao encontro do desenvolvimento do pluralismo médico, ou seja, a combinação de modelos de saúde diversificados que aumentou na maioria dos países industrializados, mas também em países de baixa e média renda.

Assim, a saúde integrativa enfatiza as intervenções multimodais, que são duas ou mais intervenções, como a própria medicina convencional, mudanças no estilo de vida, psicoterapia e abordagens de saúde complementares em várias combinações, com ênfase no tratamento da pessoa como um todo em vez de, por exemplo, um órgão do seu sistema. A visão integrativa prioriza cuidados bem coordenados entre diferentes provedores e instituições, reunindo

abordagens convencionais e complementares para promover esse cuidado integral (Nccih, 2021).

O desafio de tratar a saúde do indivíduo e não a doença, pode ser respondido trocando-se o paradigma determinista por outro no qual os processos e atores evoluam e se autodefinam mutuamente. Busca-se instaurar uma nova perspectiva que supere a visão centrada no hospital com prescrição de medicamentos e que desconsidera o viés de prevenção com uma investigação integral do sujeito. Além disso, objetiva-se, com essa mudança, a criação de vínculos mais afetivos entre médico e paciente, que passa a ser mais ativo em seu processo de equilíbrio e cura (Silva et al., 2016).

As percepções sobre a integração das duas perspectivas – biomédica e integrativa – podem ser percebidas em trabalhos diversos do campo (Almeida, 2016; Givati, 2015; Keshet et al., 2012; Park, 2013).

Ao investigarem os significados de ‘integração’ e ‘holismo’, na perspectiva dos grupos profissionais envolvidos com a MI, Keshet et al. (2012) verificaram que a maioria dos enfermeiros, cirurgiões, diretores e alguns pacientes entrevistados acreditavam que os tratamentos eram importantes também para atender às necessidades psicológicas dos pacientes. Para os profissionais de MI e alguns dos pacientes, integração significa introduzir e praticar uma perspectiva holística neste contexto biomédico, que envolve elementos como energia, alma e espírito. O holismo foi citado em três níveis de prática: (1) cada tratamento em si foi dito para ser praticado holisticamente; (2) os médicos adotaram tipos adicionais de tratamento para tornar seus tratamentos mais holísticos; e (3) ocasionalmente, os profissionais cooperavam uns com os outros para fornecer um tratamento mais holístico. Com uma visão semelhante, no estudo de Givati (2015) os resultados demonstram a abordagem dinâmica do holismo na prática de MI. O discurso através do qual os praticantes usam uma gama de estratégias a fim de 'estreitar' ou 'expandir' sua expressão holística, pode ser descrito como 'holismo pragmático', pelo qual eles tentam obter ganhos com os processos de formalização/padronização, sem perder a perspectiva holística e o apelo das terapias.

Na área da psicologia clínica, Park (2013) cita que uma integração das modalidades de Medicina Alternativa e Complementar nesse campo pode ser útil para os pesquisadores com uma perspectiva mais ampla sobre o estresse e sobre os processos de enfrentamento, assim como comportamentos de doença e cultura. Profissionais que buscam incorporar perspectivas da saúde integrativa em seu trabalho e formuladores de políticas no direcionamento dos recursos de saúde com sabedoria, também podem verificar essa utilidade.

Diante dessa discussão, é relevante identificar as práticas integrativas consideradas no contexto brasileiro, tendo em vista as distintas regulamentações e visões sobre as mesmas em diferentes regiões, como por exemplo, o caso da homeopatia que foi retirada do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra por falta de evidências científicas sobre a eficácia da prática (Nhs, 2021). No Brasil, a inclusão das práticas oferecidas à população, por meio do financiamento do Ministério da Saúde, foi sendo feita gradativamente, com a inclusão de novas práticas no decorrer dos anos, conforme Figura 4.

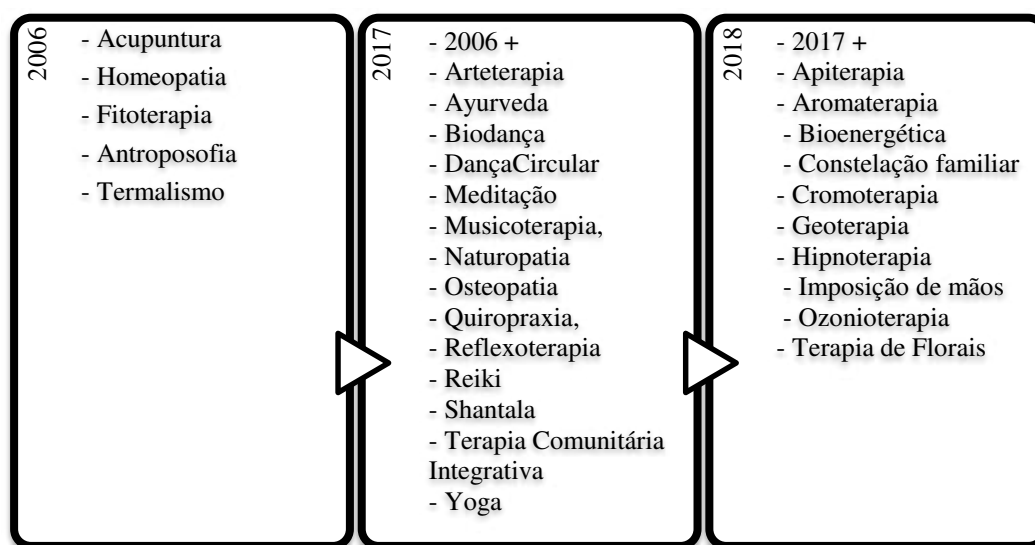


Figura 4. Evolução da inserção de práticas integrativas na saúde no Brasil

Fonte: Saúde (2021)

Dessa forma, prossegue-se com a apresentação de aspectos relacionados ao uso das diversas práticas integrativas encontradas na literatura.

2.3 O uso das Práticas Integrativas e Complementares sob a Perspectiva do Comportamento do Consumidor

No contexto da saúde integrativa, a busca por tratamento acontece por meio de uma parceria entre paciente e médico, tratar a pessoa como um todo, atender às propriedades curativas inatas de cada indivíduo, promover a saúde e o bem-estar e prevenir doenças. É uma mistura interdisciplinar e não hierárquica de medicina convencional e cuidados de saúde complementares e alternativos que fornece um contínuo de tomada de decisão e cuidado e apoio centrado no paciente (estrutura), que emprega uma abordagem de equipe colaborativa orientada

pela construção de consenso, respeito mútuo e uma visão compartilhada de saúde. Além disso, permite que o médico e o paciente contribuam com seus conhecimentos e habilidades particulares dentro do contexto de um plano de cuidado (processo) compartilhado e sinergicamente carregado, resultando em cuidados mais eficazes e com melhor relação custo-benefício (Boon et al., 2004).

Tendo em vista a visão integrativa sobre a saúde, é possível verificar a existência de vários estudos que buscam compreender as dinâmicas de escolha, uso e continuidade da utilização desses serviços, em contextos diversos e com públicos variados. Na sequência, serão apresentados alguns destes trabalhos empíricos relacionados ao tema.

No contexto dinamarquês, Baarts e Pedersen (2009) buscaram analisar como os usuários constroem e atribuem experiência/expertise aos profissionais das PICS. Três aspectos da expertise emergiram da análise empírica de como os usuários atribuem legitimidade às terapias envolvidas: (a) crença na experiência e habilidade do profissional; (b) crença na medicina convencional; (c) crença no treinamento formal. As razões para o crescente interesse nas PICS não devem ser buscadas na rejeição do tratamento médico convencional, nem no desejo de buscar alternativas no sentido mais literal. O estudo sugere que aqueles considerados especialistas no tratamento de doenças não precisam, necessariamente, ter formação médica, mas alguns usuários atribuem autoridade automaticamente aos médicos se estes forem treinados em medicina ou trabalharem em estreita colaboração com o sistema convencional. Para outros, a certificação inspira confiança no profissional e fornece uma base para a construção de sua experiência. Destaca-se que as terapias alternativas não são oficialmente autorizadas no sistema de saúde dinamarquês. As pessoas buscam os tratamentos no mercado não legalizado e, pelo menos na Dinamarca, terão que pagar pelas práticas com os seus próprios recursos, enquanto os tratamentos biomédicos são oficialmente subsidiados pelo governo.

Ao analisar as experiências de escolha e uso das práticas alternativas e complementares em saúde na Suécia, Danell (2015) identificou quatro temas principais: frustração e crítica, valores e ideologia, responsabilidade individual e combinação de tratamentos. Em geral, os participantes foram altamente reflexivos sobre as questões relativas à sua saúde. Eles destacaram seu próprio papel e responsabilidade, combinaram uma variedade de tratamentos e lidaram continuamente com questões sobre riscos, mesmo que tivessem abordagens relativamente diferentes sobre quando usar essas práticas. Os resultados também mostraram que os motivos podem mudar com o tempo. Mesmo que as escolhas iniciais estivessem intimamente relacionadas à frustração e crítica dos tratamentos convencionais (por exemplo, por perceber os cuidados de saúde convencionais como limitados, não receber diagnósticos

adequados ou ser crítico para medicamentos convencionais), o uso de longo prazo foi motivado pelas características ideológicas das PICS (como tratamentos holísticos e individualizados e ampla interação com os profissionais).

Já no contexto holandês, Groenewoud et al. (2015) investigaram a influência das decisões de cuidados de saúde de três grupos distintos de pacientes (artrose do joelho, depressão crônica e doença de Alzheimer), pesquisando quais são as implicações para o fornecimento de informações sobre a qualidade dos prestadores de cuidados de saúde aos pacientes. Os atributos mais valorizados foram eficácia e segurança (artrose do joelho); continuidade do cuidado e relacionamento com o terapeuta (depressão crônica); e especialização (doença de Alzheimer). As preferências diferiram entre os subgrupos, principalmente em relação aos perfis de escolha dos pacientes e gravidade da doença.

Ainda com relação a grupos de doenças mentais envolvidas no processo de escolha, Wahlström et al.(2008) concluíram que indivíduos com ansiedade ou transtornos depressivos parecem mais propensos a usar medicina complementar e alternativa do que aqueles sem transtornos mentais, enquanto indivíduos com transtornos por uso de álcool são menos prováveis. Ademais, a autores destacam a característica complementar das PICS aos cuidados de saúde mental e não alternativo.

Para Mao et al. (2012), o uso das PICS está relacionado à melhora da saúde física e emocional, além de melhorar a qualidade de vida, fortalecer o sistema imunológico, minimizar os efeitos colaterais de tratamentos médicos convencionais. Outros fatores psicológicos ou culturais relacionados ao uso de MI podem incluir a abertura a novas experiências, preferindo abordagens naturais/holísticas para o tratamento, e o desejo de exercer um senso de controle pessoal sobre sua doença. O estudo mostrou que pontuações mais altas de benefícios percebidos foram associadas ao uso das PICS entre pacientes com câncer. Pesquisas anteriores mostraram que pacientes com câncer costumam usar PICS por perceber que ela poderá melhorar em sua saúde física e emocional, aumentar sua qualidade de vida, fortalecer seu sistema imunológico, reduzir os sintomas da quimioterapia, por exemplo, e ter um efeito positivo sobre o câncer.

Esses resultados corroboram com o estudo de Helyer et al. (2006), que analisaram a percepção de pessoas portadoras de câncer de mama avançado. A motivação para uso das terapias integrativas foi descrita como ‘ajudar seu corpo a se curar’ (75%), ‘fortalecer o sistema imunológico’ (56%) e ‘dar uma sensação de controle em relação ao seu tratamento’(56%). As PICS foram usadas simultaneamente com o tratamento convencional em 88% dos casos, no entanto, 12% dos pacientes sentiram que as PICS poderiam substituir sua terapia convencional. A avaliação psicológica sugere que os usuários dessas práticas perceberam que seu risco de

morrer de câncer de mama era semelhante ao do grupo não-PICS (33% vs. 35%), no entanto, o grupo PICS tinha ansiedade e depressão menos graves.

Concordando com a ideia de integração, Berna et al. (2019) realizaram um estudo com o objetivo de examinar padrões distintos de atitudes em relação à abordagem complementar e integrativa, comum a amostra de 1807 participantes. As atitudes em relação a abordagem integrativa foram examinadas em pessoas que enfrentaram doenças crônicas hipotéticas e que diferem de acordo com sua gravidade e expressão clínica. Os resultados mostraram que a propensão ao uso de terapias integrativas não é uma característica estável e fixa dos indivíduos, mas varia de acordo com a característica da doença. Na verdade, 421 participantes (46,8%) exibiram o mesmo padrão de preferência de tratamento independentemente das descrições clínicas, enquanto a outra parte da amostra (478 participantes, 53,2%) adaptou sua escolha e mostrou padrões flexíveis de preferência de tratamento. Finalmente, a pesquisa fornece evidências de que para doenças mentais e somáticas, o pluralismo médico é a norma, ou seja, a integração da medicina complementar ao tratamento convencional.

Com a intenção de verificar se os pacientes utilizam alguma terapia integrativa em combinação com a medicina convencional, o estudo de Chang et al. (2012) selecionou um grupo de pacientes com diabetes e confirmou que a amostra pesquisada costuma usá-las de forma integrada, ou seja, como forma complementar, e não alternativa. Além disso, os participantes estavam mais preocupados com suas percepções pessoais dos resultados que experimentaram relacionados ao uso das PICS do que com as opiniões dos profissionais de saúde derivadas do sistema convencional. Pode-se verificar a partir das descobertas que o boca a boca era uma fonte primária comum de informações sobre as práticas. As pessoas podem usar vários tipos terapia ao mesmo tempo ou passar de uma terapia para outra na busca de uma solução para seus problemas de saúde. Do ponto de vista dos participantes, é incomum que pessoas com diabetes visitem vários tipos de profissionais de PICS para diabetes e suas complicações, mas é comum buscar tratamento de maneira genérica para manter a mente, o corpo e o espírito saudáveis. Ainda nesse contexto, os autores apresentam um modelo que representa algumas categorias e subcategorias no processo de tomada de decisão no uso das práticas integrativas, conforme Figura 5.

Assim como na categoria ‘necessidade do uso’, mencionada na Figura 5, é possível perceber em outros estudos uma característica recorrente no que se refere ao consumo das terapias integrativas, relacionada à busca por uma maior sensação de controle sobre a própria saúde por parte dos consumidores (Pedersen & Baarts, 2010; Smithson *et al.*, 2012).

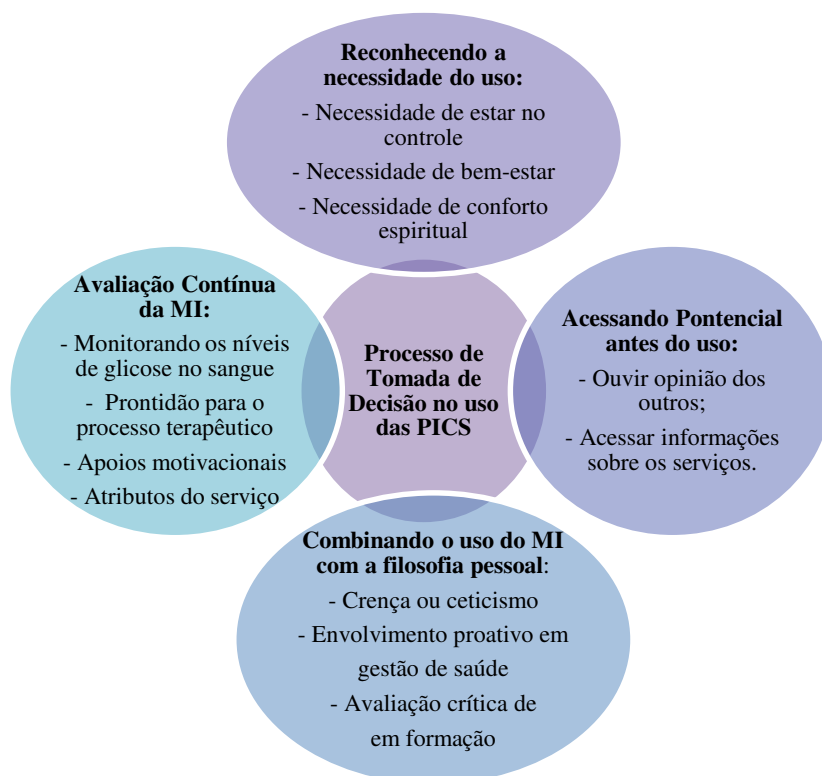


Figura 5. Categorias e subcategorias para o uso da MI

Fonte: Chang et al. (2012).

Nesse sentido, destaca-se o foco no paciente, com a busca da construção de relações empáticas e a visão do paciente como um parceiro do profissional de saúde nas prioridades, problemas e objetivos do tratamento. A qualidade da relação entre paciente e provedor é reconhecida como tendo um papel fundamental nos resultados terapêuticos, independentemente dos efeitos do tratamento. Chang et al. (2012) sugerem que o desejo de um relacionamento mais centrado no paciente e no suporte é uma das razões pelas quais algumas pessoas escolhem essas práticas, e que os pacientes valorizam o relacionamento de cuidado que têm com seus provedores.

Dessa forma, conceitos como autoeficácia, percepções de controle e empoderamento são vistos diferenciais da saúde integrativa em relação à biomedicina convencional. No contexto do tratamento integrativo, o empoderamento reflete um tipo de apoio que permite e motiva as pessoas a tomar iniciativa para gerenciar e melhorar sua saúde de forma autodirigida (Bann et al., 2010).

Uma das formas que os usuários encontram de se sentirem no controle é por meio da busca (e troca) constante de informações, com o objetivo de compreender os aspectos sobre sua doença e poder ter uma participação mais ativa junto aos médicos (Roth, 1994). Nesse contexto,

Willis (2018) buscou entender a motivação das pessoas em participarem de comunidades de saúde online e como o conteúdo compartilhado é utilizado no autogerenciamento de sua doença (nesse caso, artrite). Quatro temas foram identificados neste estudo, sendo eles: processamento do diagnóstico, colaboração para resolver o problema, reconhecimento das limitações pessoais e reconhecimento de que a saúde é variável. A comunicação dentro das comunidades online era frequentemente adaptada às necessidades situacionais dos membros com o objetivo final de uma melhor autogestão. Os resultados demonstram que a comunidade de saúde online é um ambiente que convida membros que compartilham características comuns a se envolverem uns com os outros e com o conteúdo compartilhado com o propósito de aprenderem estratégias de controle e autogerenciamento da doença em questão.

O estudo de Smithson et al. (2012), que buscou analisar a literatura existente e as experiências de pessoas com câncer que usam terapias complementares e alternativas, vai ao encontro da ideia da busca por controle nesse contexto. A pesquisa demonstrou que, para muitos pacientes, o uso de tratamentos complementares após o diagnóstico de câncer foi uma experiência positiva. Os participantes gostaram de ter tempo para desenvolver um relacionamento com uma terapia ou provedor de tratamento, e com outros usuários da terapia. Muitas pessoas apreciaram a complementaridade da biomedicina e outras terapias – abordagens diferentes, cuidadores diferentes e (para alguns) locais diferentes. A maioria dos pacientes usava esses tratamentos após o diagnóstico de câncer como complementares, não alternativos, e muitas vezes para lidar com aspectos não médicos da doença –assumir o controle, aliviar os sintomas e interação social.

Considerando a importância da participação do consumidor no processo de escolha do tratamento e dos procedimentos que possam vir a ser realizados, Moore et al. (2015) apresenta um modelo de tomada de decisão tendo como base o envolvimento entre profissional (principal fonte de evidência, no sentido de domínio do conhecimento e de informações relacionadas ao tratamento) e os consumidores. O contexto desse estudo foi com relação à escolha de mulheres sobre a indução eletiva do trabalho de parto. As descobertas indicam e enfatizam o desejo das mulheres de fazer parte dessas decisões, em vez de ouvir o que precisam fazer. A Figura 6 representa esse modelo.

Como pode ser observado na Figura 6, os conhecimentos sobre as evidências relacionadas à indução do parto influenciam tanto o clínico quanto o consumidor. Essas evidências são tradicionalmente consideradas informações da literatura científica, no entanto, o modelo permite que essas fontes sejam estendidas para além da literatura tradicional (por exemplo, livros populares sobre gravidez e revistas).

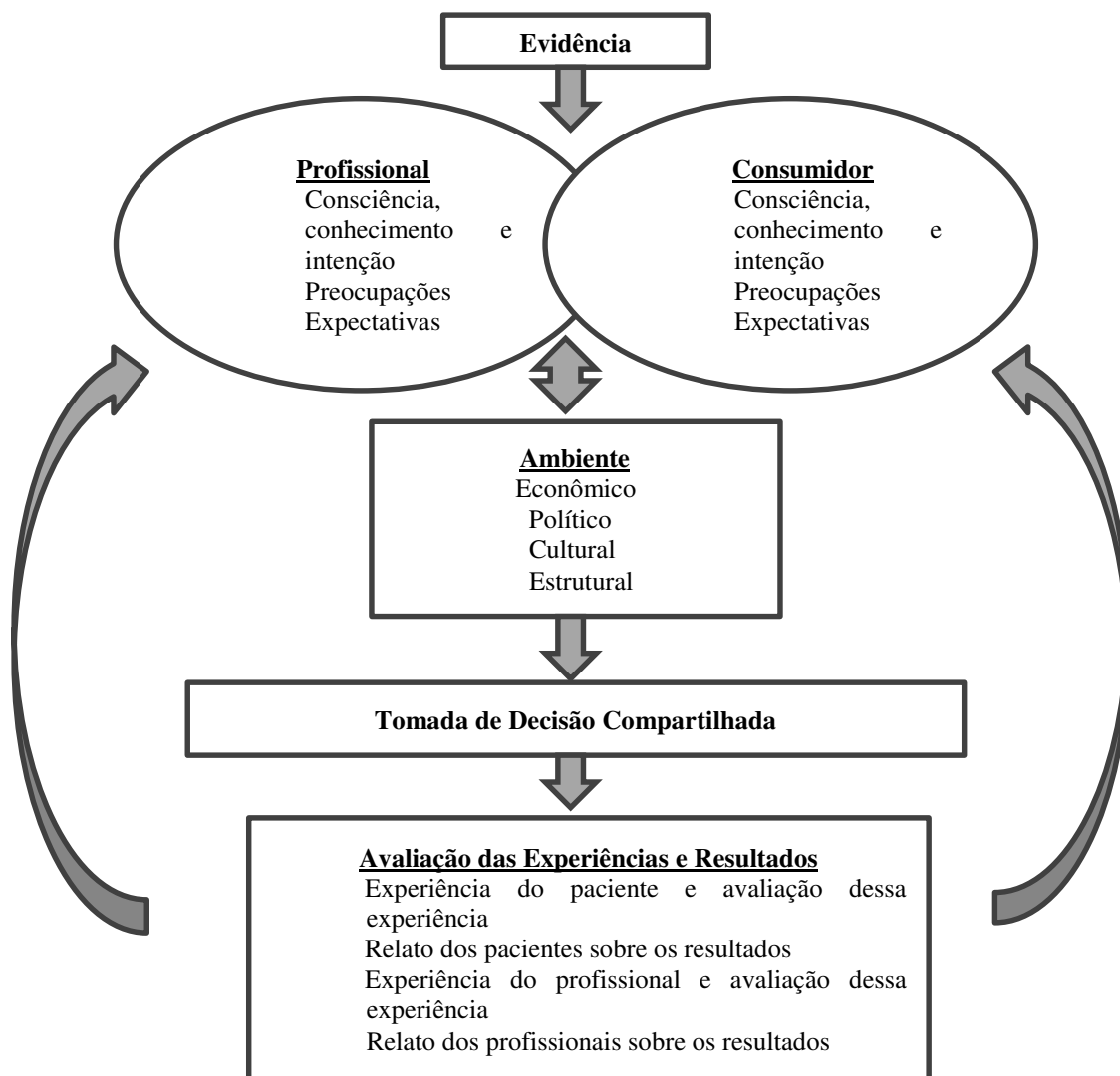


Figura 6. Processo de Decisão Compartilhado

Fonte: (Moore et al., 2015, p. 278).

Para as mulheres no estudo, os médicos foram identificados como a fonte primária e mais influente de evidências. A comunicação inclui a maneira como as mensagens são estruturadas e compreendidas, o tipo e a qualidade das informações que são compartilhadas, incluindo o entendimento das evidências sobre o processo de indução, justificativa, riscos, benefícios, medicamentos. Já a ativação é compreendida como a habilidade de uma pessoa para se envolver em comportamentos de saúde que irão manter ou melhorar seu estado de saúde. Requer que o paciente compreenda seu papel e tenha conhecimento e confiança para gerenciar suas necessidades de saúde. Além disso, antes de uma decisão ser tomada, os fatores ambientais podem influenciar quais opções estão disponíveis ou como a prática baseada em evidências é ou não implementada. Os fatores ambientais podem incluir pagadores (por exemplo, as opções de tratamento podem não ser cobertas por um pagador terceirizado), política (por exemplo,

diretrizes clínicas do hospital), cultura de prática (por exemplo, influência dos colegas do médico, prática usual, horários curtos de consulta) e estrutura (por exemplo, carga de trabalho, ambiente físico). Assim, a tomada de decisão compartilhada deve incluir três elementos essenciais: (i) concordância do médico e do paciente de que uma decisão é necessária; (ii) conhecimento do médico e do paciente e compreensão das evidências sobre os riscos e benefícios para cada uma das opções disponíveis; e (iii) levar em consideração a orientação do médico e os valores e preferências do paciente (Moore *et al.*, 2015).

O consumo de terapias voltadas à saúde também parece estar relacionado com aspectos espirituais. Com o intuito de trazer um esclarecimento conceitual, Davis *et al.* (2015) aborda algumas diferenciações entre espiritualidade e religião. Para os autores, a maioria das definições de espiritualidade enfoca um senso de ou busca por proximidade, conexão ou unidade com o ‘sagrado’, que se refere ao objeto ou objetos com os quais se busca um senso de espiritualidade, incluindo um ser divino, objeto divino, ‘realidade suprema’ ou ‘verdade suprema’, conforme percebido pelo indivíduo. Em contraste, as definições de religião tendem a se referir a uma tradição em que há um acordo geral sobre o que é acreditado e praticado (Hill *et al.*, 2000). Nessa perspectiva, espiritualidade é uma construção mais ampla, e religiosidade é a construção mais restrita por meio da qual as pessoas podem experimentar a espiritualidade.

Tatsumura *et al.* (2003) buscaram identificar os recursos religiosos e espirituais (RSR) e investigar a natureza das relações entre RSR, práticas integrativas e tratamentos convencionais em pacientes com câncer. Os participantes da pesquisa reportaram o uso de uma variedade de RSR, incluindo fé pessoal, orações individuais, relação/diálogo com Deus, orações com membros de igrejas, aconselhamento com pastor/padre, ler a bíblia, meditação, passar tempo em lugares com a energia espiritual (igrejas, localizações geográficas específicas, lugares com mais natureza). Eles também expressaram que RSR, medicina integrativa e tratamentos convencionais possuem semelhanças e diferenças em seu propósito. Os temas relativos à RSR incluem prover tratamento e cura e dar suporte ao tratamento e a cura.

Além disso, o uso das PICS é estudado no âmbito das mudanças comportamentais (Williams-Piehotá *et al.*, 2012). Os autores tiveram como objetivo entender como os provedores de MI desempenham um papel na mudança do comportamento de saúde (particularmente com relação à dieta e exercícios físicos). A análise quantitativa mostrou que o aumento na consciência corporal, devido à terapia integrativa, promoveu uma dieta melhor e aumentou a frequência de exercícios físicos. Parece que monitorar e avaliar o impacto da tensão e das emoções em seus corpos, além de fazer a conexão entre hábitos alimentares e de exercícios, e como eles se sentem, pode ter motivado esses consumidores de PICS a fazerem mudanças. Os

resultados também fornecem algumas evidências de que a mudança de comportamento pode ocorrer como parte do aumento da responsabilidade pela própria saúde, como demonstrado pela ligação da mudança de comportamento com o reconhecimento de que a melhoria sustentada na condição de saúde de alguém requer autocuidado (Williams-Piehota et al., 2012).

No que se refere às mudanças de significados por pacientes de uma prática específica, a acupuntura, Stibich e Wissow (2006) citam que a maioria desses pacientes está familiarizada com o modelo de atendimento apresentado pela medicina alopática, em que o foco costuma ser a cura, ‘consertar um problema’. Os pacientes, portanto, iniciam a acupuntura com o objetivo de ‘curar’ sua condição. Esse objetivo é distal e talvez não possa ser obtido para muitos pacientes. Durante o tratamento, alguns usuários relataram uma mudança do foco no objetivo da cura total para a busca de benefícios mais imediatos (como alívio dos sintomas de dor, por exemplo). Essa mudança permite que os pacientes progridam, apesar do fato de que a condição primária pode ter permanecido inalterada. De forma geral, os autores destacam cinco mudanças de significado que se manifestaram nas cartas de pacientes de acupuntura bem-sucedidos: (i) de uma meta de resolver o problema para uma meta de aumentar a saúde; (ii) de sintomas como problemas a sintomas como professores (ou seja, que possuem algo a ensinar a essas pessoas sobre seu próprio corpo e/ou sua condição); (iii) da cura passiva à cura ativa; (iv) de ser dominado pela doença para ir além da doença; e (v) de considerar o profissional como técnico para considerá-lo como curador ou amigo.

Outro fator percebido nos estudos sobre as PICS foi sobre os perfis demográficos identificados, com alguns autores corroborando características que seriam atribuídas a esses usuários: ter mais de 40 anos (Davis et al., 2011; Bishop & Lewith, 2010; Leach 2016; Brown et al., 2007); ser do sexo feminino (Skovgaard et al., 2013; Bell et al., 2006; Davis et al., 2011; Naja et al., 2015; Mackenzie et al. 2003; Tindle et al., 2005; Bishop & Lewith, 2010; Firkins et al., 2018; Zhang et al., 2015; Canaway & Manderson, 2013; Brown et al., 2007; Carvalho et al., 2012; Martinez, 2009; Bertomoro et al., 2010); possuir renda elevada (Skovgaard et al., 2013; Davis et al., 2011; Naja et al., 2015; Shmueli & Shuval, 2007; Leach, 2016); ter um pior estado de saúde ou presença de doenças crônicas (Bell et al., 2006; Davis et al., 2011; Naja et al., 2015; Canaway & Manderson, 2013; Bertomoro et al., 2010); e possuir educação superior ou acima (Skovgaard et al., 2013; Bell et al., 2006; Mackenzie et al. 2003; Bishop & Lewith, 2010; Canaway & Manderson, 2013; Pedersen et al., 2009; Brown et al., 2007; Carvalho et al., 2012; Martinez, 2009; Bertomoro et al., 2010).

O estudo de Pedersen et al. (2009) contradiz alguns desses resultados no sentido de identificar que os usuários de PICS são mais jovens e não possuem comorbidades. Hedderson

et al., (2004) investigaram as diferenças de gênero nas motivações para uso de MI entre pacientes adultos com câncer, no geral 81,5% das mulheres e 59,0% dos homens usaram algum tipo de MI. O uso de MI foi positivamente associado ao desejo de controle pessoal entre homens e mulheres. Os autores citam que há evidências de que a prevalência do uso de medicina complementar e alternativa (MI) está aumentando, especialmente entre as mulheres. No entanto, pouco se sabe sobre por que existem diferenças de sexo no uso de MI.

É possível identificar, ainda, trabalhos que trazem categorizações de consumidores das práticas integrativas. Ao analisar as motivações da utilização das práticas integrativas por meio de entrevistas de histórias de vida, Ramadurai et al. (2016) agruparam esses consumidores em três classificações: nativos, imigrantes e turistas, conforme pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1. Características dos consumidores Nativos, Imigrantes e Turistas

Classificação	Características Gerais	Descrição
Nativos	• Cultura familiar do MI. • Incorpora uma abordagem holística. • Tomada de decisão ativa.	Os nativos criam uma cultura familiar que se inclina para as rotinas voltadas aos preceitos da MI. Por exemplo, os rituais familiares de uma mulher que envolve massagens regulares com óleo de gergelim e sessões diárias de jardinagem e culinária com seu marido e filho. Essas práticas são momentos para ela se comunicar com sua família sobre abordagens holísticas e gestão da saúde. Os nativos monitoram de perto a saúde de sua família usando diretrizes que são diferentes daquelas da medicina convencional.
Imigrantes	• Senso de abandono pelos profissionais da medicina convencional. • Esperança de recuperação. • Reconceitualização da saúde. • Empoderamento por meio da MI.	O caminho para a MI é permanente e solicitado pela necessidade. Sentindo-se abandonados por seus provedores de saúde convencionais, os imigrantes buscaram caminhos alternativos para recuperar o senso de controle sobre uma crise de saúde pessoal. Terapias alternativas fornecem esperança, restauram a normalidade e novas maneiras de compreender a saúde e a doença.
Turistas	• Recomendação confiável. • Ceticismo.	São um grupo de indivíduos que confiam na medicina convencional como principal forma de tratamento. Eles começaram a usar tratamentos alternativos porque alguém em quem confiam recomendou. Os turistas conceituam tratamentos alternativos como remédios, atendendo à mesma finalidade da medicina convencional, ou seja, tratar problemas e administrar sintomas. A MI é entendida como terapia de apoio ao trabalho da medicina tradicional. Ademais, eles sentem prazer e alívio quando usam as terapias da MI, mas são cautelosos no uso desses tratamentos.

Fonte: Ramadurai et al. (2016).

Já Davis (2011) compara as características comportamentais de utilização de serviços de saúde nos Estados Unidos entre adultos que usam as práticas integrativas de duas maneiras distintas: para tratar doenças e para promoção da saúde. Os adultos que usaram a MI para promoção da saúde relataram um estado de saúde significativamente melhor e comportamentos mais saudáveis em geral (maiores taxas de atividade física e menores taxas de obesidade) do que aqueles que utilizaram a utilizaram apenas como tratamento.

Sirois et al. (2016) testaram um novo modelo conceitual de comprometimento com o uso da MI nas dimensões psicológicas e comportamentais. Eles identificaram que as variáveis utilitárias, simbólicas e de compromisso da MI se relacionam significativamente. O modelo utilizado pelos autores pode ser observado na Figura 7.

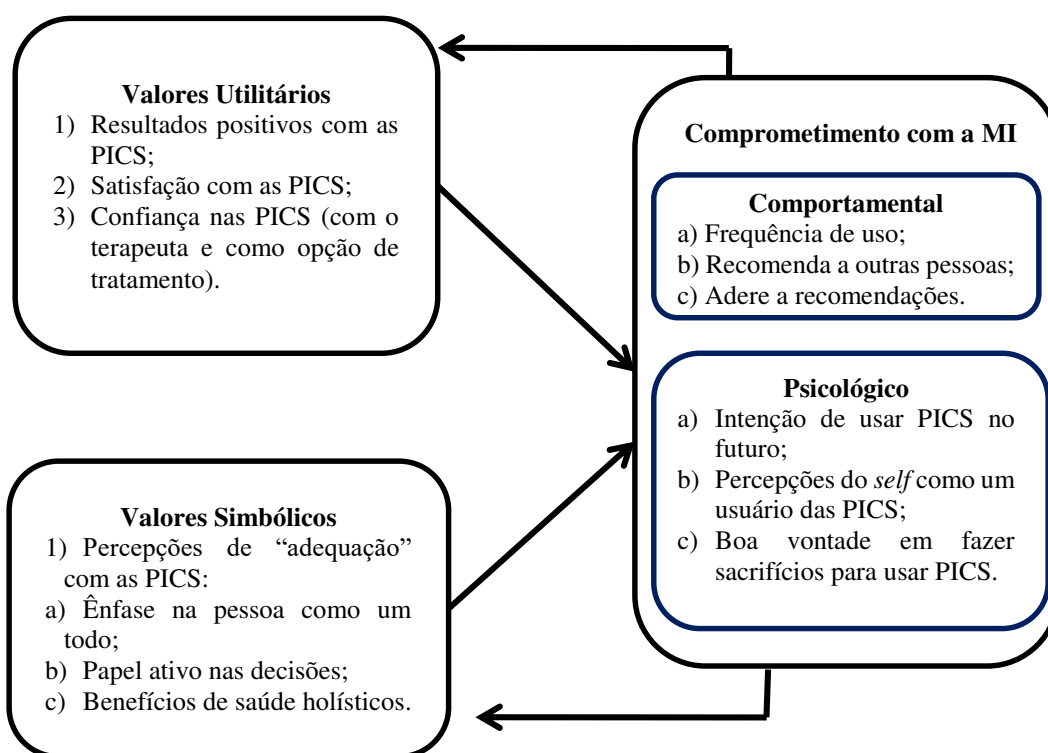


Figura 7. Modelo conceitual de comprometimento do consumidor no contexto da MI

Fonte: Sirois et al. (2016).

Os valores utilitários e simbólicos propostos na figura 7 indicam que as decisões de cuidados de saúde não são simplesmente uma resposta racional à necessidade percebida, e que os cuidados de saúde não têm apenas o valor prático, mas também o simbólico. Essa evidência apoia a noção de que os valores utilitários são precursores do comprometimento da MI. Por exemplo, a confiança no profissional está ligada ao uso continuado da MI. Com relação aos valores simbólicos, uma congruência percebida ou "ajuste" entre o sistema de crenças de um

indivíduo e o da medicina integrativa pode ser um importante motivador de uso (Sirois et al., 2016). Sendo assim, é possível perceber que o consumo das práticas integrativas e complementares pode ser relacionado a alguns fatores identificados na literatura, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Fatores que influenciam o consumo de PICS identificados previamente na literatura

Construto	Definição
Bem-estar percebido do serviço	Resposta positiva resultante do caráter experiencial, relacional, processual e interativo de uma situação de serviço ou serviço com interação cliente-funcionário (Falter & Hadwich, 2020).
Confiança (no profissional de saúde)	Confiança que se desenvolve entre o paciente e o provedor de saúde em uma parceria em que os objetivos são compartilhados e há um respeito mútuo pela contribuição de cada um para o processo. Envolve o compartilhamento de conhecimento, o desenvolvimento de uma conexão emocional e profissional e o tratamento mútuo com respeito e honestidade (L. A. Anderson & Dedrick, 1990; Bova et al., 2006, 2012)
Empoderamento	Um processo ou resultado facilitador decorrente da comunicação com o profissional de saúde e do compartilhamento mútuo de recursos sobre informações relacionadas à doença, que potencializa os sentimentos do paciente de controle, autoeficácia, habilidades de enfrentamento e capacidade de mudar sua condição (Bulsara et al., 2006; Fotoukian et al., 2014; Small et al., 2013).
Espiritualidade	A espiritualidade é definida como um conceito que engloba a busca pelo sentido na vida, pela autorrealização e a conexão com o 'eu interior' e o todo universal, podendo ser entendida como o relacionamento do indivíduo com Deus, ou o que quer que se perceba como a Transcendência Suprema. É um fenômeno multidimensional que é vivenciado universalmente, em parte construído socialmente e desenvolvido individualmente ao longo da vida (Delaney, 2005; Hodge, 2003; Parsian, Nasrin and Dunning, 2009).
Influência Interpessoal	Necessidade de se identificar ou melhorar a imagem de alguém na opinião de outras pessoas significativas por meio da aquisição e uso de produtos e marcas, a vontade de se conformar às expectativas dos outros em relação às decisões de compra e / ou a tendência para aprender sobre produtos e serviços observando outras pessoas ou buscando informações de terceiros (Bearden et al., 1989).
Alfabetização em Saúde	A alfabetização em saúde é uma medida da capacidade de um indivíduo de buscar, compreender e usar informações de saúde dentro do ambiente dos serviços de saúde (von Conrady & Bonney, 2017).
Regionalidade - Etnocentrismo	Crença dos consumidores sobre a adequação ou moralidade de consumir bens não produzidos nacionalmente (Waehning & Filieri, 2021).

Fonte: elaborado pela autora

Cabe ressaltar que a escolha dos construtos apresentados no Quadro 2 é justificada pelas pesquisas prévias sobre o uso das PICS. Em maio de 2021 foi realizada uma busca nas bases de dados *Web of Science* e *Scopus*, com o objetivo de realizar uma revisão crítica sobre as PICS relacionando-as com o consumo. Essas buscas foram realizadas usando os seguintes termos, em ambas as bases: ("*complementary medicine*" OR "*alternative medicine*" OR "*integrative medicine*") AND ("*consumer*" OR "*consumption*"). Não foi aplicado nenhum filtro nas

buscas, a não ser quanto ao tipo de documento: *Article or Proceedings paper*. Após a aplicação dos devidos filtros para exclusão de artigos (repetidos e não alinhados ao tema), foram analisados um total de 58 trabalhos. Ressalta-se que a revisão crítica da literatura objetiva sintetizar estudos sobre um tema e/ou analisar a evidência existente sobre um assunto, não seguindo, necessariamente, uma metodologia pré-definida (Mancini; Sampaio, 2006). Assim, os fatores que mais se apresentaram na análise foram: o bem-estar, a confiança no profissional de saúde, o empoderamento, a espiritualidade, a influência interpessoal e a alfabetização em saúde. Dessa forma, cada um deles será abordado de forma individual na sequência.

2.3.1 *Bem-estar percebido do serviço*

Uma das principais buscas pelos consumidores ao optarem pela abordagem integrativa de saúde está relacionada a uma sensação de bem-estar em suas vidas (Bertomoro et al., 2010; Chang et al., 2012; Oh et al., 2010; Smithson et al., 2012; Zhang et al., 2015). O bem-estar inclui satisfação com a vida e uma sensação geral de felicidade (Deci & Ryan, 2008). Em marketing e ciência de serviço, ‘bem-estar do serviço ao cliente’ (ou ‘bem-estar percebido do serviço ao consumidor’) refere-se ao bem-estar que emerge de diferentes situações de serviço e processos de consumo de serviço (Sirgy & Lee, 2006). O bem-estar descreve um estado em que as experiências dos consumidores com bens e serviços – experiências relacionadas à aquisição, preparação, consumo, propriedade, manutenção e descarte de categorias específicas de bens e serviços no contexto de seu ambiente local – são consideradas benéficas, tanto para os consumidores como para a sociedade em geral (Sirgy & Lee, 2006; Islam et al., 2021).

Nesse sentido, há um interesse crescente na busca por resultados benéficos para os clientes, funcionários, famílias, comunidade e meio ambiente, com abordagens teóricas buscando uma ênfase em pesquisas de serviços com foco no bem-estar de várias entidades (Ostrom et al., 2015). Essas pesquisas têm como essência a visão de que as entidades de serviço possuem a capacidade de influenciar positivamente (ou, negativamente) as vidas dos clientes e outras partes (por exemplo, funcionários, famílias) através de um melhor (ou reduzido) bem-estar (Anderson et al., 2013).

O bem-estar percebido pelo cliente é uma das formas de mensurar resultados no âmbito dos serviços da saúde integrativa. Esse construto é definido por Falter e Hadwich (2020) como uma resposta positiva que pode ser afetiva e/ou cognitiva e varia em intensidade de emoções durante o processo de serviço, envolvimento, relacionamento positivo com os profissionais envolvidos, significado do serviço e realização do serviço. Ademais, os autores destacam que

a qualidade percebida do serviço, a satisfação do cliente e o bem-estar percebido do cliente são construções únicas. Contudo, o construto do bem-estar percebido se aprofundaria mais do que as medições da satisfação do cliente e da qualidade do serviço isoladamente (Falter & Hadwich, 2020).

Em um estudo com pacientes portadores de Doença de Crohn e Colite Ulcerativa, Bertomoro et al., (2010) identificaram que o uso da abordagem integrativa gerou um resultado de bem-estar geral para o paciente de acordo com dois terços dos usuários da medicina integrativa, em uma amostra de 475 pessoas. De modo semelhante, ao verificar a avaliação de pacientes com diabetes tipo 2 com o uso das práticas integrativas em saúde, Chang et al. (2012) identificaram que os participantes mencionaram a necessidade de bem-estar e a necessidade de conforto espiritual; subsequentemente, eles decidiram continuar o uso de terapias específicas com base nos resultados positivos percebidos.

Já Smithson et al. (2012) fizeram uma análise sistemática de pesquisas publicadas sobre experiências de terapias integrativas de pacientes com câncer. Os autores realizaram uma busca de estudos qualitativos sobre o assunto publicados entre 1998 e 2007. Uma das facetas que foi regularmente identificada foi a ideia de conexão entre mente e corpo, ou corpo e espírito. Os autores verificaram que vários estudos estabeleceram ligações entre o bem-estar e a conexão física e emocional. As pessoas às vezes usavam terapias integrativas de uma forma pragmática – na esperança de possíveis benefícios específicos e tangíveis. Resultados importantes (na perspectiva do paciente) do uso de tratamentos integrativos após um diagnóstico de câncer incluem os benefícios locais de alívio da dor, maior tempo com um terapeuta e melhores relacionamentos sociais. Ademais, os tratamentos complementares aumentaram o ‘bem-estar’ e a ‘qualidade de vida’ atual para pacientes que lutam para lidar com os sintomas da própria doença e com o alívio dos sintomas do tratamento convencional.

Finalmente, o estudo de Zhang et al. (2015) examinou os dados de um questionário a nível nacional dos Estados Unidos (*National Health Interview Survey*, 2012) para explorar como os consumidores de medicina integrativa diferem por gênero em termos de suas características sociodemográficas, condições de saúde atuais e benefícios percebidos. Não foram observadas diferenças significativas entre usuários masculinos e femininos no uso de medicina integrativa. Entretanto, uma proporção maior de mulheres relatou o uso da abordagem integrativa para o bem-estar geral ou prevenção de doenças, para melhorar a energia, para comer mais saudável, para se exercitar com mais regularidade, para obter uma sensação de controle sobre sua saúde, para reduzir níveis de estresse, para dormir melhor e para se sentir melhor emocionalmente.

Diante do exposto, percebe-se a oportunidade de investigar sobre a relação do bem-estar com uma atitude positiva às PICS, tendo em vista a característica da abordagem da TSR e do serviço das PICS em si, considerado um serviço transformativo. De modo geral, os estudos que indicam o bem-estar como um resultado percebido importante para os consumidores, não abordam teorias do consumo em suas análises. Por isso, propõe-se as primeiras hipóteses passíveis de investigação:

H1: O bem-estar percebido influencia positivamente a atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde.

2.3.2 *Confiança no profissional de saúde*

A teoria da confiança contribui para a ampliação e compreensão da natureza e dos tipos de instituições que moldam o comportamento ético e, portanto, o desempenho do sistema de saúde (Gilson, 2006). A gestão no contexto da saúde é relevante para gerar confiança, particularmente no nível das relações organizacionais com os trabalhadores de saúde, assim como entre os cidadãos, os profissionais e o próprio sistema de saúde. Os fundamentos para a confiança entre os indivíduos envolvidos nesse contexto incluem não apenas competência, mas também sinceridade, empatia, altruísmo, simpatia, justiça e confiabilidade (Gilson, 2006).

Conforme, Choy e Ismail (2017), a confiança é um requisito para uma parceria benéfica e duradoura. A relação médico-paciente é um exemplo de vínculo em que preocupações sérias precisam ser priorizadas. O termo confiança médica foi usado por esses autores considerando o conceito de confiança colaborativa, que é definida como uma forma de confiança originada a partir de uma parceria entre paciente e médico, onde os objetivos são compartilhados e as contribuições pessoais para o relacionamento, bem como o respeito mútuo, são enfatizados. A troca de conhecimentos, desenvolvimento de vínculos emocionais e profissionais, honestidade e respeito para com uma relação contínua são centrais nessa perspectiva.

Sob o ponto de vista dos relacionamentos interpessoais estabelecidos entre médicos e usuários, Anderson e Dedrick (1990) reconhecem a confiança como um fator relevante nesse contexto. Nesse estudo, a confiança abrange três dimensões: dependência do médico; Crença nas habilidades e conhecimento dos médicos; e confidencialidade das informações entre médico e paciente. A partir disso, os autores desenvolveram um instrumento para acessar a confiança interpessoal do paciente em seu médico, utilizando-se de dois estudos, conforme Quadro 3.

Ainda sobre a confiança nos profissionais de saúde, Bova et al. (2006, 2012) desenvolveram a escala Relacionamento no Cuidado com a Saúde (em inglês, *Health Care*

Relationship – HCR). No primeiro estudo, os participantes eram adultos portadores de HIV. Não foram encontradas diferenças nas pontuações da escala de acordo com a idade, sexo, raça/etnia, estágio da doença, histórico de abuso de substâncias, tempo com um profissional de saúde ou tipo de provedor. A análise fatorial revelou uma solução de três fatores/dimensões (conexão interpessoal, comunicação respeitosa e parceria profissional), que explicou 69% da variância comum estimada na escala de confiança HCR. Em uma das análises, os autores enfatizam o componente da conexão emocional, que ocorreu quando o profissional mostrou compaixão, cuidado e empatia para com o paciente. O profissional de saúde transmitiu esperança (mesmo quando havia pouco a ser obtido), trabalhou para diminuir o estresse do paciente e ajudou os pacientes a se sentirem mais no controle de suas situações (Bova et al., 2006).

Quadro 3. Estudos de desenvolvimento da escala *Trust in Physician*

Estudo 1		Estudo 2	
Primeiro estágio: geração dos itens	Entrevistas com grupos de pacientes e profissionais de saúde.	Terceiro estágio	Segunda amostra independente de 125 pacientes foi administrada à escala de confiança junto com uma série de medidas adicionais.
Variáveis	Demográficas (escolaridade e idade) e de tratamento (duração da enfermidade – diabetes e glicemia em jejum).	Hipóteses	H1: confiança dos pacientes estaria negativamente relacionada aos desejos dos pacientes de controle pessoal na interação. H2: confiança estaria positivamente relacionada ao desejo de controle dos médicos. H3: pacientes com alta confiança em seus médicos demonstrariam maior satisfação com suas interações/consultas.
Segundo estágio: análise dos itens	Amostra com 169 pacientes.	Resultados	Confiança e desejo de controle pessoal estavam negativamente relacionados, confirmando a primeira hipótese. Em segundo lugar, a confiança foi hipotetizada como estando positivamente relacionada ao desejo de controle dos médicos. Esta relação hipotética foi apoiada. Por fim, foi examinada a relação entre a confiança e a satisfação dos pacientes. Esta análise indicou que a confiança e a satisfação estavam significativamente correlacionadas, com a confiança respondendo por 38,4% da variância da satisfação com o encontro.
Resultados	A consistência interna da escala (Alfa de Cronbach), foi de 0,90. Idade e escolaridade foram significativamente relacionadas com a confiança (pacientes mais velhos e com menor grau de educação formal tendem a expressar mais confiança nos seus médicos). Ademais, glicemia de jejum, não foi significativamente relacionada à confiança. Em resumo, as análises psicométricas envolvendo 160 pacientes forneceram suporte preliminar para a confiabilidade e a validade do instrumento de 11 itens intitulado <i>Trust in Physician</i> .		

Fonte: Elaborado pela autora com base em Anderson & Dedrick (1990)

No segundo estudo, uma nova amostra de adultos, agora atendidos por prestadores de cuidados de saúde primários, foi utilizada com o intuito de relatar os achados sobre a confiabilidade e validade da Escala de Confiança HCR. Os escores de confiança entre paciente e provedor não diferiram significativamente por gênero, presença de condição crônica de saúde ou nível de escolaridade. No entanto, as pontuações da escala diferiram significativamente por tipo de provedor (médico assistente, enfermeiro, médico residente). Os participantes avaliaram os médicos atendentes de forma mais positiva do que os residentes. Além disso, foi verificado que uma maior confiança nos prestadores de atenção primária está associada a maior idade e a ter mais tempo de relacionamento com o profissional de saúde (Bova et al., 2012).

Já Laughtarne e Priebe (2006) identificaram alguns fatores que estariam relacionados à níveis mais elevados de confiança, quais sejam: a idade dos pacientes (quanto mais avançada a idade maior a confiança) e a continuidade do tratamento (tempo que o paciente conhece o médico e número de consultas realizadas).

No contexto da saúde em geral, Chandra et al. (2018) realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de reunir conhecimentos e conceitos relativos à comunicação e confiança na relação médico-paciente e como eles influenciam a satisfação do paciente e a percepção da qualidade dos serviços de saúde. Os resultados do estudo mostraram que a literatura ilustra a importância da confiança e da comunicação na relação médico-paciente para um tratamento mais eficaz. A confiança deve ser construída e conquistada, sendo que boa habilidade de comunicação por parte dos profissionais auxilia na construção da confiança entre médico e paciente. Além disso, a confiança e a comunicação com uma abordagem centrada no paciente contribuem para a melhora dos resultados do tratamento e com a satisfação relacionada aos serviços de saúde, sendo que esses fatores estão associados a melhor adesão ao tratamento e melhor percepção da qualidade dos serviços.

A confiança também foi um dos fatores analisados por Huynh e Dicke-Bohmann (2020), juntamente com a satisfação e estado de saúde subjetiva. O objetivo dos autores foi verificar a relação entre essas variáveis com a humildade dos médicos. Um primeiro estudo foi feito com uma amostra de 136 estudantes e houve a inserção de variáveis preditoras em quatro etapas, executando modelos separados para cada resultado (satisfação, confiança e saúde subjetiva): (i) Dados demográficos do paciente (idade, sexo, raça/etnia, educação); (ii) Características do médico (gênero, etnia, título profissional, duração do relacionamento); (iii) Características da consulta (objetivo, tempo de espera, tempo decorrido desde a visita); e (iv) humildade do médico. Os resultados indicaram que: nenhuma característica do paciente previu a satisfação; nenhuma característica do profissional previu a satisfação; o tempo de espera foi responsável

por uma variação adicional na satisfação do paciente, sendo que quanto menor o tempo, maior a satisfação; e a humildade do médico explicou significativa e positivamente a variação na satisfação do paciente. Ademais, nenhuma característica do paciente previu confiança; o tempo de relacionamento com o médico explicou significativa e positivamente a variância adicional na confiança, nenhuma característica da consulta explicou significativamente a confiança; e a humildade do médico explicou significativa e positivamente a variação adicional na confiança.

Já o segundo estudo dos mesmos autores buscou ampliar as descobertas do Estudo 1, empregando uma amostra da comunidade (361 pessoas) por meio de um site de *crowdsourcing*. Os procedimentos foram idênticos aos do primeiro estudo, e os resultados também foram similares, diferenciando-se basicamente a relação entre dados demográficos e satisfação (o gênero masculino relacionou-se positivamente com a satisfação, assim como o status de seguro de saúde – o empregador fornecia seguro) (Huynh & Dicke-Bohmann, 2020).

A confiança pode estar relacionada, ainda, com questões situacionais, como a própria estrutura do local de atendimento ao público. É o que demonstra o estudo de Pedersen et al. (2016). Os resultados apontam como a confiança é situacional e emerge tanto da suscetibilidade dos pacientes quanto do desenvolvimento de habilidades e estratégias individuais dos profissionais, bem como de objetos, lugar e espaço. A confiança é desenvolvida em bases relacionais e físicas, bem como materiais. Argumenta-se que a dinâmica e os elementos de confiança identificados não apenas minimizam as incertezas, mas, às vezes, convertem essas incertezas em novas maneiras produtivas para os pacientes lidarem com suas doenças, circunstâncias de vida e perspectivas.

Finalmente, Osei-Frimpong e Owusu-Frimpong (2017) investigaram o processo de encontro médico-paciente por meio de uma abordagem fenomenológica para compreender melhor esse processo e a experiência de consumo dos atores e como estes, por sua vez, afetam os resultados de valor esperados em um contexto de saúde. Diante disso, o objetivo deste estudo foi, em primeiro lugar, examinar o processo de encontro médico-paciente e as experiências de consumo dos pacientes e, em segundo lugar, como os atores no processo de cocriação de valor em um setor de saúde pública integram essas experiências que levam a resultados de valor. As descobertas sugerem a necessidade de ambos os atores cooperarem e interagirem ativamente uns com os outros para chegar a resultados positivos. Os autores destacam que a confiança desempenha um papel vital na criação de harmonia entre os atores do processo e traz à tona o que há de melhor no encontro de serviço, levando a resultados mais satisfatórios.

Sendo assim, é possível notar que o construto ‘confiança’ é tratado em diferentes abordagens e níveis distintos (interpessoal e organizacional). Na presente pesquisa, será

considerada a confiança no profissional de saúde devido ao destaque da relevância dessa relação, que é enfatizada no decorrer da literatura.

H2: A confiança no profissional de saúde impacta positivamente a atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde.

H3: A confiança no profissional de saúde impacta positivamente o bem-estar percebido em relação às práticas integrativas e complementares em saúde.

2.3.3 *Empoderamento*

O empoderamento pode ser compreendido como uma construção multidimensional, conforme explicado por McAllister et al. (2012). Para esses autores, o modelo do empoderamento inclui: (1) o controle cognitivo (criação de sentido – compreensão da condição de saúde, por que aconteceu a enfermidade ou condição de saúde específica, quais suportes estão disponíveis); (2) controle de decisão (opções para gerenciar a condição e capacidade de tomar decisões informadas); (3) controle comportamental (capacidade de fazer algo para reduzir o dano ou melhorar a vida de si mesmo); (4) controle emocional (reflexão, estratégias de enfrentamento e adaptação eficazes); e (5) esperança para o futuro.

De modo semelhante, ao realizar uma revisão de literatura sobre os conceitos de empoderamento, Cerezo et al. (2016) chegaram a dez dimensões encontradas nos trabalhos analisados, sendo elas: participação e tomada de decisão; ganho de controle; aquisição de conhecimento; estratégias para lidar com a condição de saúde; atitude positiva; sentido que os pacientes dão para as experiências devido à condição de saúde; motivação; confiança; autocuidado; e construção de compartilhamento de informações. Além disso, o estudo conclui que o empoderamento no contexto do paciente com doença crônica é um conceito empregado em nível individual, considerado tanto um processo como um resultado. Ele pode ser visto como um processo pelo qual os profissionais de saúde colaboram com os pacientes para ajudá-los a adquirir conhecimentos e recursos e cujo resultado é um paciente com maior capacidade de exercer controle, gerenciar sua condição e tomar decisões informadas (Cerezo et al., 2016), podendo envolver também aspectos como confiança, autoconceito positivo, satisfação pessoal, auto eficácia, senso de domínio, autodesenvolvimento e esperança de controle de promoção da vida e da saúde (Fotoukian et al., 2014).

O envolvimento com a saúde e o comportamento preventivo são aprimorados ao permitir que os pacientes se sintam confiantes em dominar suas situações de saúde isoladamente ou em conjunto com profissionais de saúde, tomando decisões que afetam seus sentidos de

controle e confiança e sua percepção de qualidade de vida e paz de espírito (Roth, 1994). Para a autora, o empoderamento, para os pacientes da amostra estudada, é um valor-chave que impulsiona tanto o comportamento quanto os resultados mentais. Ademais, a compreensão do médico e uma atmosfera comunicativa (sendo não apenas fisicamente acessível, mas também atento e disposto a ouvir), personalização (familiarizando com o paciente) e o respeito são percebidos para facilitar um melhor tratamento, levando à paz de mente, aceitação e conformidade, além de uma sensação de empoderamento do paciente.

Nesse contexto, Small et al. (2013) buscaram relatar o desenvolvimento e validação preliminar de uma nova medida de empoderamento para pacientes com doenças de longa duração na atenção primária, usando dados de dois estudos empíricos – um qualitativo e uma pesquisa quantitativa transversal. Para esses autores, e para o propósito da pesquisa, o empoderamento em pacientes com doenças de longa duração na atenção primária é compreendido como um processo facilitador decorrente da comunicação com o profissional de saúde e um compartilhamento mútuo de recursos sobre as informações relativas à doença, aumentando os sentimentos do paciente de controle, autoeficácia, habilidades de enfrentamento e capacidade de mudança sobre sua condição. Portanto, o empoderamento é um estado psicológico que ocorre como resultado de uma comunicação efetiva no cuidado à saúde, e que atua como determinante da consequente participação e autogestão do paciente em relação ao seu tratamento.

O empoderamento também pode ser entendido como o *locus* de controle da saúde (LCS) por parte dos pacientes, conforme estudo de Sasagawa et al. (2008). Pessoas com um LCS interno alto acreditam que o resultado de sua própria busca pela saúde está relacionado ao seu comportamento ou investimento pessoal em compreender suas condições de saúde. Este estudo usou uma amostra de 123 pessoas e analisou a correlação entre o grau de uso de MI e o nível de LCS. Os resultados indicaram que o LCS interno foi significativamente correlacionado com o uso de MI, mas não com o uso de medicina convencional. Ademais, observou-se que pessoas que usam MI podem ter um melhor prognóstico e melhor gerenciamento de condições crônicas.

Para Nygårdh et al. (2012), o empoderamento está relacionado tanto com a confiança quanto com a capacidade dos pacientes em buscarem sua própria aquisição de conhecimento sobre sua condição de saúde. Segundo os resultados do estudo, para pacientes ambulatoriais com doença renal crônica, um fator decisivo foi a atitude da equipe em relação à participação dos pacientes na tomada de decisões (dependendo do conhecimento e experiência do paciente). Por meio do aprendizado, os pacientes adquiriram uma compreensão maior de sua doença, compreensão que foi considerada uma preparação necessária para o futuro. Fatores que

dificultaram o empoderamento foram a falta de tempo, a indiferença, a falta de compromisso, a falta de consideração e a falta de empatia por parte da equipe de saúde. Os autores concluem que a busca e ganho de conhecimento sobre sua própria saúde, para pacientes com doença renal crônica, deriva do estabelecimento de confiança e aprendizagem por meio do encontro paciente-equipe, devido às trocas de informações e maior tempo para se relacionar com os profissionais devido à abordagem mais empática.

Os aspectos relacionados ao empoderamento na saúde integrativa também foram abordados por Steinsbekk e Launsø (2005). Os autores descreveram como foram as experiências de pacientes com câncer que tiveram consultas com um médico convencional e com um profissional de MI. Quando solicitados a comparar médicos e praticantes de MI, alguns pacientes apontaram para uma diferença em como eram cuidados e encorajados a permanecer esperançosos e otimistas. A maneira dos profissionais de MI de trabalhar o empoderamento dos pacientes no decorrer das consultas era cumprimentá-lo na sala de espera, gastar tempo confortando e provendo informações, e não falar sobre a probabilidade de morrer da doença, e sim sobre outros pacientes que haviam se recuperado.

Com o objetivo de fornecer uma compreensão das percepções dos pacientes sobre o grau em que os profissionais de MI empregam uma abordagem centrada no paciente durante a consulta, Foley e Steel (2017) conduziram uma pesquisa visando avaliar as percepções de empatia, apoio do médico e empoderamento do paciente em uma clínica multiprofissional que oferece acupuntura, homeopatia, naturopatia, nutrição e mioterapia. Os participantes relataram uma percepção altamente positiva do cuidado centrado no paciente, da empatia do profissional, do apoio do médico e do empoderamento do paciente como resultado de sua consulta com profissionais de MI em todas as cinco práticas incluídas. Uma correlação também foi encontrada entre percepções mais elevadas de empoderamento do paciente e maior continuidade do tratamento.

Dessa forma, verifica-se que indivíduos que optam por experimentar tratamentos alternativos geralmente assumem a responsabilidade por seu próprio bem-estar. Ao optar por alternativas para superar seus problemas de saúde, essas pessoas estão indo além da prática convencional, utilizando tratamentos muitas vezes ainda não validados por evidências científicas. Ao tomar tal atitude, eles estão exercendo controle ativo sobre sua saúde (Kelner & Wellman, 1997).

Ao desenvolveram a Escala de Empoderamento do Paciente (PES – do inglês *Patient Empowerment Scale*, Bulsara et al. (2006) citam que o empoderamento se concentra em estratégias de enfrentamento e autoeficácia, porque apenas os pacientes que alcançam ambos

podem ser empoderados. Ou seja, porque é possível que um paciente sinta que está lidando com sua condição, mas tem pouco controle sobre como administrar seu tratamento e efeitos colaterais. É um senso intrínseco de autoeficácia que facilita o uso de estratégias de enfrentamento para alcançar o senso de empoderamento do paciente. A escala, compreendendo 28 itens, foi administrada a 101 pacientes com câncer do Centro de tratamento de hematologia, unidade de oncologia de radiação e clínica de oncologia médica em um hospital em Perth, Austrália Ocidental. As sentenças da escala envolveram temas como os recursos e acesso a informações para lidar com a doença, suporte familiar e de amigos, relacionamento com o profissional de saúde, percepção do paciente sobre a capacidade do profissional em envolvê-los nas decisões, uso de terapias complementares, crenças espirituais, aceitação da condição de saúde e adaptabilidade.

Alguns anos depois, a mesma autora da Escala do Empoderamento do Paciente participou de outro estudo que teve como objetivo desenvolver uma nova escala ainda no contexto de pacientes com câncer, considerando os itens previamente concebidos por Bulsara et al. (2006). Ela foi desenvolvida a partir de um conjunto de marcadores identificados na literatura sobre empoderamento e autoeficácia e em entrevistas com pacientes. Os itens da escala inicial de 28 itens foram refinados para formar a escala final de 15 itens, que envolvem sentenças relacionadas aos grupos de apoio, relacionamento com os profissionais de saúde, aceitação e adaptabilidade, crença espiritual e utilidade das terapias complementares em auxiliar com a enfermidade.

Já Seçkin (2011) analisam a Escala de Empoderamento Info-Decisional Cibernético (CIDS – do inglês *Cyber Info-Decisional Empowerment Scale*), relacionada aos benefícios percebidos de empoderamento digital sobre a saúde e do apoio médico de pares. O primeiro objetivo da pesquisa foi apresentar os resultados da validação psicométrica inicial da CIDES. Os itens vieram da Escala de Apoio Cibernético-Câncer (CSS-C), que é um inventário de 16 itens de benefícios percebidos sobre informações médicas e suporte na Internet. O segundo objetivo foi fornecer *insights* preliminares sobre até que ponto os pacientes cibernéticos que lidam com o câncer veem esse ambiente digital como um recurso para capacitação no manejo de sua própria doença. A amostra foi composta por 350 indivíduos que se auto identificaram como pacientes com câncer e usuários que usavam a Internet para informações e suporte sobre a doença. Os entrevistados foram solicitados a relatar até que ponto o suporte cibernético: (a) lhes fornece conhecimento sobre o câncer e seu tratamento; (b) informa sobre os avanços nas pesquisas, ensaios clínicos e serviços de saúde; (c) ajuda-os a decidir se devem consultar seus oncologistas; (d) ajuda-os a decidir quais perguntas devem fazer durante as consultas; (e) os

ajuda a decidir se questionam as decisões de tratamento de seus oncologistas; (f) ajuda-os a decidir se devem obter uma segunda ou terceira opinião de outros oncologistas; e (g) ajuda-os a decidir quais escolhas devem fazer. Ao final, chegou-se em uma escala com sete itens com alta confiabilidade de consistência interna ($\alpha=93$).

Com isso, verifica-se uma oportunidade de inserção do empoderamento no modelo, de forma a analisar sua relação juntamente com outros fatores que possuem influência no consumo das PICS. Os estudos supracitados são focados em desenvolvimento de escalas ou em análises mais aprofundadas especificamente sobre as características desse construto. Isso gera possibilidades para análises mais gerais e suas relações com o empoderamento.

H4: O empoderamento do consumidor impacta positivamente a atitude em relação ao consumo das práticas integrativas e complementares em saúde.

2.3.4 Espiritualidade

A espiritualidade abrange um contexto pessoal, interpessoal e transpessoal que consiste em quatro domínios inter-relacionados: (a) poder superior ou inteligência universal – uma crença em um poder superior ou inteligência universal que pode ou não incluir práticas religiosas formais; (b) autodescoberta – a jornada espiritual começa com a reflexão interior e uma busca por significado e propósito, sendo que este processo de autodescoberta pode levar ao crescimento pessoal, cura e transformação; (c) relacionamentos – uma conexão integral com os outros baseada em profundo respeito e reverência pela vida; e (d) consciência ecológica – uma conexão integral com a natureza baseada em um profundo respeito e reverência pelo meio ambiente e na crença de que a Terra é sagrada (Delaney, 2005).

Para Parsian e Dunning (2009), a espiritualidade é definida como um conceito que engloba encontrar sentido na vida, autorrealização e conexão com eu interior e o todo universal. Já Hodge (2003) entende que a espiritualidade é o relacionamento de uma pessoa com Deus, ou o que quer que o indivíduo perceba como a ‘transcendência suprema’. Além disso, a espiritualidade também pode ser compreendida como um fenômeno multidimensional que é vivenciado universalmente, em parte construído socialmente e desenvolvido individualmente ao longo da vida (Delaney, 2005).

Nesse contexto, Petry e Finkel (2004) buscaram determinar se a escolha de um paciente por um profissional de saúde (convencional ou alternativo) estava relacionada à pontuação total em um instrumento para dimensionar as características psicoespirituais. Uma amostra de 210 pacientes atendidos em diferentes práticas de saúde na Inglaterra foi utilizada. Os resultados

mostraram que aqueles pacientes que escolheram seu médico de saúde com base no uso de modalidades de MI pontuaram significativamente mais alto na Escala de Crenças e Envolvimento Espiritual (SIBS – do inglês *Spiritual Involvement and Beliefs Scale*) do que aqueles que escolheram um médico de família não associado a MI. Quando as perguntas individuais foram avaliadas entre esses dois grupos, os pacientes que escolheram os praticantes de MI pontuaram mais alto em perguntas relacionadas a experiências espirituais que mudaram suas vidas, a alegria em suas vidas relacionada à espiritualidade, gratidão e o grau de espiritualidade que eles atribuíram a si mesmos.

Já Hsiao et al. (2008) abordaram os papéis da religiosidade e da espiritualidade no contexto da MI. Os autores analisaram os preditores do uso de formas religiosas/espirituais de MI (R/S MI – auto-oração, oração em grupo e rituais de cura) e formas não religiosas/não espirituais de MI (não R/S MI – ervas, suplementos e técnicas mente-corpo) entre sobreviventes de câncer. Foi utilizado o *California Health Interview Survey* de 2001 (CHIS-2001) e o *California Health Interview Survey* de Medicina Complementar e Alternativa (CHIS-MI), que coletou dados sobre sobreviventes de câncer em vários idiomas. A religiosidade foi definida como a expressão formal, institucional e externa do sagrado, enquanto a espiritualidade é definida como uma expressão interna, pessoal e emocional que surge da busca do sagrado.

O aumento tanto da religiosidade quanto da espiritualidade foi associado ao maior uso de R/S MI. Em contraste, a religiosidade foi inversamente relacionada ao uso de MI não R/S, enquanto a espiritualidade estava diretamente relacionada ao uso de CAM não R/S. Os pacientes do estudo que relataram qualquer nível de religiosidade eram menos propensos a usar MI não R/S, e aqueles muito religiosos eram significativamente menos propensos do que os não religiosos a usar MI não R/S. Já os participantes que relataram qualquer nível de espiritualidade eram mais propensos a usar MI não R/S, e aqueles muito espirituais eram significativamente mais propensos do que os não espirituais a usar MI não R/S. Além disso, os resultados sugerem que fatores associados ao uso de R/S MI diferem daqueles de uso não-R/S MI entre sobreviventes de câncer. Por exemplo, mulheres e pessoas com educação superior eram mais propensas a usar R/S MI, enquanto sexo e educação não eram preditores significativos de uso não R/S MI. Foi visto que 85% dos sobreviventes do câncer já usaram não R/S CAM, que é maior do que a taxa de prevalência de 75% para a população geral da Califórnia. Elison et al., (2012) corroboram esse aspecto ao verificarem que os usuários de cuidados alternativos são mais propensos a não ter nenhuma afiliação religiosa, mas por outro lado, dizem que consideram a espiritualidade um fator importante em suas vidas.

Ben-Arye et al. (2012) também abordam a relação entre uso de MI e espiritualidade, os autores exploraram as perspectivas de pacientes em relação a essa abordagem médica e espiritualidade em um programa de oncologia integrativa. Nesse estudo, os autores concluíram que o alto grau de busca espiritual está associado ao aumento do uso da MI. Além disso, outra descoberta foi que a busca espiritual não está associada apenas ao uso da MI, mas também influencia as expectativas dos usuários em relação à consulta de oncologia integrativa. Em geral, um maior grau de busca espiritual foi associado a maiores expectativas da consulta com o profissional da MI. Essas expectativas mais elevadas incluíam: apoiar o paciente emocionalmente e espiritualmente, reforçar o enfrentamento da doença e apoiar a família do paciente.

Ainda nesse contexto, Mao et al. (2010) buscaram avaliar as características da saúde espiritual após um diagnóstico de câncer, e a relação entre a mudança espiritual e o uso de MI entre uma amostra com 614 sobreviventes do câncer. Embora grandes proporções de indivíduos relataram que ter câncer afetou positivamente seu bem-estar espiritual (por exemplo, 40,3% experimentaram mudanças espirituais positivas, 68% sentiram um grande senso de propósito e 75,9% relataram estar muito esperançosos), alguns indivíduos experimentaram mudanças espirituais negativas (36,1%) e continuaram experimentando altos níveis de incerteza (27,2%). As análises indicaram que os sobreviventes que experimentaram mudanças positivas resultantes da experiência do câncer eram mais propensos a usar MI do que aqueles que afirmaram o contrário. Por fim, os autores destacam que embora o estudo não possa estabelecer causalidade, há uma forte associação entre o uso de MI, maior importância espiritual e mudanças positivas que não são explicadas por variáveis demográficas e clínicas, sendo provável que essa relação seja bidirecional.

A espiritualidade também se destacou dentre os resultados do estudo de Smith et al. (2008), cujo objetivo foi identificar diferenças individuais associadas à vontade de usar medicina complementar e alternativa. As diferenças individuais avaliadas incluíram idade, gênero, renda, etnia, as *Big Five* características de personalidade, otimismo, espiritualidade, religiosidade e três aspectos da inteligência emocional – atenção do humor, clareza do humor e recuperação do humor. As hipóteses sobre quem teria uma maior disposição geral para usar o MI foram apoiadas para idade mais avançada, sexo feminino, maior abertura à experiência, otimismo e espiritualidade, mas não para maior renda ou religiosidade.

H5: A espiritualidade impacta positivamente a atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde.

H6: A espiritualidade impacta positivamente o bem-estar percebido em relação às práticas integrativas e complementares em saúde.

2.3.5 Influência Interpessoal

Um determinante importante do comportamento de um indivíduo é a influência dos outros. A representação de produtos sendo consumidos em situações sociais e o uso de porta-vozes proeminentes endossando os produtos são evidências dessa crença (Bearden et al., 1989). É possível perceber alguns estudos que trazem em seus resultados a relação entre a influência, principalmente de familiares e amigos, na tomada de decisão sobre o uso da MI (Loquai et al., 2017; Murthy et al., 2015; Palinkas & Kabongo, 2000).

Nesse contexto, Pollard et al. (2014) abordam os Grupos de Referência de Pacientes (GRPs), que foram estabelecidos no Reino Unido há mais de 40 anos. Os GRPs são baseados no envolvimento de grupos de pacientes voluntários e equipe médica. Cada GRP deve ter a liberdade de escolher sua estrutura e questões prioritárias, por isso, as atividades variam muito entre os grupos, com os participantes frequentemente envolvidos em aconselhar a prática na perspectiva do paciente. Suas atividades também podem incluir educação em saúde (por exemplo, reuniões educacionais e fornecimento de informações), apoio (por exemplo, fornecendo serviços para outros pacientes e angariação de fundos) e fornecendo serviços voluntários (por exemplo, transporte para pacientes irem ao consultório). Os autores também citam o empoderamento como um fator de influência no envolvimento com esses grupos, sendo que à medida que o GRP evolui, com a experiência eles ganharão autonomia e seu papel crescerá.

Com o objetivo de explorar como pessoas significativas, ou seja, pessoas importantes para os pacientes (família, amigos próximos) estavam envolvidas nas decisões relacionadas à MI, Öhlén et al. (2006) entrevistaram 61 pacientes com câncer de próstata e mama em estágio inicial e avançado, e 31 outras pessoas significativas nas vidas desses pacientes. Usando análise comparativa, quatro tipos principais de envolvimento decisório por outras pessoas significativas foram identificados: (i) Criação de um local seguro para o paciente tomar uma decisão – mostra interesse em concordar com as etapas executadas pelo paciente no processo de tomada de decisão, demonstrando ser um bom ouvinte; (ii) ‘Tornando-se uma equipe’ – tomada de decisão colaborativa; (iii) Movendo o paciente em direção a uma decisão – tenta explicitamente convencer o paciente a agir de determinada maneira; e (iv) Tomar a decisão para o paciente – se apropria do papel de decisor.

Já com o intuito de investigar diferenças nos resultados de saúde percebidos entre os usuários de MI, que encontraram sua seleção de tratamentos em diferentes bases de conhecimento, Shin e Shim (2019) trazem uma abordagem diferenciada sobre o papel dos grupos de referência. Os dados utilizados foram da Pesquisa Nacional de Saúde dos Estados Unidos (NHIS), de 2012. O estudo mostra que os usuários da MI relatam melhores resultados de saúde quando utilizam os tratamentos que especialistas (profissionais de saúde) ou leigos (família, amigos e colegas de trabalho) recomendam em comparação com os episódios em que usam tratamentos que ninguém recomenda. Além disso, os usuários relataram resultados de saúde ainda melhores quando usam tratamentos recomendados por profissionais e leigos, em comparação com os episódios em que usam tratamentos que apenas profissionais ou leigos recomendaram. Em pesquisa junto a sobreviventes de câncer de mama, os achados de Shaharudin et al. (2011) corroboram com a influência desses grupos, enfatizando que os familiares desempenharam um papel importante como a principal fonte de informação para a tomada de decisão dessas pessoas, junto com médicos e profissionais de saúde, amigos e materiais impressos, e meios de comunicação de massa.

Ao abordar as escolhas da MI sob o ponto de vista sociológico, Stratton e McGivern-Snofsky (2008) citam que ao decidir quais formas de cuidados de saúde buscar, um indivíduo pode temporariamente ‘sair’ de sua própria identidade social e projetar as circunstâncias ou julgamento sobre a família, amigos, colegas de trabalho ou a comunidade em geral. Dependendo do grupo de referência, o uso de terapias integrativas pode receber apoio, críticas ou indiferença. Palinkas e Kabongo (2000) indicam que 25,9% dos usuários de MI escolheram uma terapia por recomendação de seus amigos ou colegas de trabalho, revelando a importância das crenças dos outros no comportamento individual.

No contexto do público adolescente como usuário da MI, Braun et al. (2005) citam que o fator de apoio mais frequentemente selecionado para o uso de terapias integrativas entre os entrevistados foi a influência da família e amigos (61,5%), seguido de baixo custo (30,8%) e influências da mídia (29,7%). Os autores acrescentaram, ainda, alguns fatores de não uso dessas práticas, que foram, principalmente: falta de familiaridade (53,9%) e falta de necessidade percebida (51,6%). Corroborando com esses resultados, Patterson et al., (2008) identificaram que fatores de influência individual e social tiveram um impacto no processo de tomada de decisão dos participantes da pesquisa, promovendo a consciência da escolha e permitindo a avaliação do risco. O contexto social, por meio da exposição à cultura, amigos e família, forneceu o conhecimento, a estabilidade e a garantia necessária para que pudessem avaliar o risco e prosseguir escolha por uma abordagem considerada diferente para a saúde. As redes

informais de família e amigos também foram percebidas como as influências sociais mais importantes entre o público feminino no uso de MI no estudo de Chao et al. (2006), confirmando o papel que esses grupos de referência exercem sobre o processo de decisão dos usuários nesse contexto.

H7: A influência interpessoal impacta positivamente a atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde.

2.3.6 *Alfabetização em Saúde*

A estrutura conceitual para a alfabetização em saúde (AS) é multifacetada e continua a se desenvolver em resposta ao ambiente socioeconômico e político. Nos Estados Unidos, a definição mais geralmente aceita de alfabetização em saúde é o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações sobre saúde necessárias para tomar decisões de saúde adequadas (Harnett & Morgan-Daniel, 2018).

Embora a maioria das práticas relacionadas a MI sejam consideradas seguras, existe uma preocupação médica sobre a falta de informações confiáveis e questões relacionadas à regulamentação. A alfabetização em saúde é uma medida da capacidade de um indivíduo de buscar, compreender e usar informações de saúde dentro desse ambiente. Baixos níveis de alfabetização em saúde estão associados a piores resultados de saúde. No entanto, altos níveis de alfabetização em saúde podem, não necessariamente, levar a uma melhor tomada de decisão nessa área (von Conrady & Bonney, 2017).

Alguns autores (Barnes et al., 2019; Ishikawa & Kiuchi, 2010) dividem a alfabetização em saúde em níveis: as habilidades funcionais de alfabetização em saúde seriam o primeiro nível e envolvem as habilidades de leitura e escrita necessárias para entender informações factuais de saúde em relação aos riscos e prescrições de medicamentos. O segundo nível é a alfabetização comunicativa em saúde, que requer habilidades cognitivas e de comunicação mais avançadas para extrair informações de saúde, aplicá-las a diferentes circunstâncias e comunicar-se com os profissionais de saúde de maneira efetiva. Em terceiro lugar, o nível mais avançado é a alfabetização crítica em saúde, em que as habilidades dos consumidores são usadas para analisar criticamente e refletir informações para apoiar a saúde decisões de cuidado.

Ao abordar a relação entre disparidades sociais e AS, Stormacq et al. (2019) propõem fornecer uma revisão integrativa dos estudos que exploraram fatores socioeconômicos e sociodemográficos associados aos baixos níveis de AS, esclarecendo o papel mediador da AS na relação entre status socioeconômico e disparidades em saúde, sintetizando os achados de 16

estudos publicados. Os resultados confirmam, em primeiro lugar, que um nível social desfavorecido contribui para a baixa AS. Os principais fatores socioeconômicos e sociodemográficos que parecem influenciar a AS são: escolaridade, renda, ocupação e raça/etnia.

O estudo de Bains e Egede (2011) sugere que a relação entre o uso de MI e alfabetização em saúde difere significativamente por raça. A análise revelou que o uso de MI estava relacionado à alfabetização em saúde adequada entre os brancos, no entanto, o uso de MI não estava relacionado à alfabetização em saúde entre os afro-americanos. Os resultados também indicaram que o status de alfabetização em saúde difere por categoria de uso de MI. Especificamente, a alfabetização em saúde adequada foi associada ao uso de vitaminas, enquanto a alfabetização inadequada em saúde foi associada ao uso de meditação.

Com o objetivo de investigar a divulgação, por parte dos pacientes, da adoção da MI aos médicos convencionais e examinar a relação da alfabetização em saúde (AS) com a comunicação médico-paciente, Yukawa et al. (2017) verificaram que os motivos dos pacientes para não divulgarem o uso de MI aos médicos foram: a percepção da falta de compreensão do médico, o medo de irritar o médico, a reticência em discutir o assunto e a falta de tempo para discutir. Ademais, a pesquisa sugeriu que dos 428 entrevistados, 65,3% haviam discutido a MI com seus médicos. Por fim, foi verificado que pacientes com alto nível de alfabetização em saúde (conforme escala utilizada) eram mais propensos a divulgar a MI para seus médicos, mas eram menos propensos a de fato fazer essa revelação se tivessem medo dos efeitos da rejeição por parte do médico.

Já Barnes et al. (2019) analisaram os processos de tomada de decisão de mulheres que optam por usar a MI na gravidez e lactação, investigando como a alfabetização em saúde influencia suas decisões. Os resultados mostraram que a chave para a tomada de decisão das mulheres era o desejo de escolher uma prática integrativa segura e de receber informações de uma fonte confiável. As mulheres queriam relacionamentos terapêuticos positivos com os profissionais de saúde e estar altamente envolvidas nas decisões que tomavam. Assim, os autores destacaram dois componentes do processo de tomada de decisão: (a) as necessidades de informação das mulheres; e (b) uma preferência para uso de MI. As mulheres coletaram e avaliaram as informações de outros profissionais de saúde, outras mães e publicaram pesquisas durante seus processos de tomada de decisão. Elas mostraram uma forte preferência pelo uso de MI para apoiar a saúde da gravidez e da amamentação, e de seus bebês em gestação e lactantes. Finalmente, as participantes mostraram altos níveis de habilidades comunicativas e

de alfabetização crítica em saúde em seus processos de tomada de decisão, o que apoiou a escolha em relação à MI.

Finalmente, Owen-Smith, McCarty, HankersonDyson e Diclemente (2012) relataram que os participantes com maior nível de alfabetização em saúde eram mais propensos a usar MI do que aqueles com baixo nível de alfabetização em saúde entre pessoas com AIDS.

H8: A alfabetização em saúde impacta positivamente o empoderamento do consumidor das práticas integrativas e complementares.

2.3.7 Regionalidade

A construção de regiões e territórios faz parte da transformação do sistema espacial, no qual as regiões emergem, existem há algum tempo e podem então desaparecer. Esse processo é chamado de institucionalização de regiões, na qual podem ocorrer os seguintes aspectos de forma simultânea: (i) formas territoriais: as fronteiras têm um papel duplo, ou seja, trabalham para estabelecer os internos que pertencem ao lugar e estabelecem os estranhos, que não pertencem – a divisão entre os estabelecidos e os estranhos é um tema universal, uma vez que os membros dos grupos muitas vezes se consideram em termos humanos como melhores do que os outros e, portanto, parecem estabelecer limites entre os grupos; (ii) simbólicas: a modelagem simbólica inclui não apenas nomes, mas também muitos outros elementos – brasões, bandeiras, rituais (ex. desfiles); (iii) institucionais: instituições (políticas, econômicas, culturais) e até organizações formais (como órgãos administrativos) são capazes de manter e reproduzir a territorialidade e o simbolismo inerente; e (iv) a sua constituição como entidade do sistema regional e a consciência social da sociedade em causa. Através deste processo, uma unidade territorial vai ganhar uma posição estabelecida na estrutura espacial e, então, é geralmente identificada nas práticas institucionalizadas políticas, econômicas, culturais e administrativas e na consciência social (Paasi, 2000).

Ao examinar as diferenças nas crenças e uso das PICS entre mães hispânicas e brancas de língua inglesa e espanhola, de crianças submetidas a cirurgia, Fortier et al. (2014) identificaram que o alto uso de medicina integrativa entre os participantes do estudo pode refletir suas características contextuais. Mais especificamente, entre aqueles que residiam no sul da Califórnia, considerada pelos autores como uma área culturalmente diversa (com pessoas de diferentes nacionalidades, por exemplo) que pode favorecer uma maior exposição às PICS. Portanto, o estudo sugere que a regionalidade pode influenciar no processo de adoção das PICS.

Ao abordar sobre um modelo de tomada de decisão compartilhada no contexto da saúde, como um novo paradigma para esses cuidados, Peterson (2012) sugere que o tratamento deve ser baseado no que é melhor para o indivíduo, uma vez que muitos fatores influenciam suas preferências, incluindo a história psicológica, social, cultural e espiritual que ele traz para o encontro médico.

A região de residência foi associada aos cuidados de saúde no estudo de Babitsch et al. (2012). Os autores realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar a utilização e implementação do Modelo Comportamental de Uso de Serviços de Saúde desenvolvido por Ronald M. Andersen em estudos de 1998 a 2011. Dentre as variáveis encontradas nos estudos analisados, foi destacado o aspecto regional, sugerindo que morar em uma área urbana pode aumentar significativamente a probabilidade de os moradores entrarem em contato com um médico. Assim, residentes de condados ou regiões mais rurais (e conseqüentemente com menos serviços de saúde disponíveis) eram menos propensos a visitar um médico do que aqueles que residiam em regiões urbanas.

Esses resultados corroboram a pesquisa de Lamy et al. (2017), cujo objetivo foi estudar a influência que o local de moradia dos pacientes, além do status socioeconômico, possuíam na utilização dos serviços de saúde. Os resultados mostraram que a região de residência do paciente tem influência no acompanhamento médico por especialista, independentemente do nível socioeconômico do paciente. De fato, o acesso a pelo menos um exame oftalmológico durante o ano foi menor fora do que dentro da metrópole de Toulouse, onde os pacientes mais desfavorecidos tiveram taxas de acesso mais baixas. Em relação ao acesso a um profissional de saúde, taxas mais altas foram observadas fora das áreas urbanas entre os pacientes com maior nível socioeconômico.

Já Kitchen et al. (2012) analisaram a dinâmica regional entre o sentimento de pertencimento à comunidade e a saúde no Canadá, em um esforço para fornecer uma compreensão mais sutil da associação entre pertencimento e questões de saúde. A pesquisa verificou que havia uma associação forte e consistente entre saúde e sentimento de pertencimento, mesmo ao controlar os aspectos geográficos e o status socioeconômico. Variações regionais eram evidentes, tendo em vista que várias províncias menores (em termos de população) tinham altos níveis de pertencimento comunitário. No geral, esse sentimento foi mais forte nas áreas rurais do Canadá e, particularmente, entre os residentes rurais de Newfoundland e Labrador, Territórios do Norte e Saskatchewan. Curiosamente, o sentimento de pertencimento foi mais baixo em Quebec e Alberta, especialmente entre os residentes

urbanos. Ademais, o sentimento de pertencimento foi menor entre os jovens, pessoas que moram em apartamentos altos e entre pais solteiros e indivíduos solteiros.

Sendo assim, propõe-se que seja a regionalidade, em conjunto com aspectos identitários, também pode influenciar a adoção de PICS, nesse sentido tem-se a última hipótese deste estudo:

H9: A regionalidade modera a relação entre atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde e a intenção de consumo de PICS.

2.3.8 *Atitude*

O construto atitude reflete aquilo que os indivíduos pensam, sentem e têm intenção de fazer sobre determinado comportamento (Porto, 2010), neste caso em relação às PICS. A atitude pode ser útil para auxiliar na compreensão de como as pessoas avaliam objetos, pessoas e situações. Portanto, ao se estudar a tomada de decisão do consumidor é fundamental saber como acontece esse processo avaliativo para que a pessoa tome a decisão mais adequada para si e realize, por fim, o comportamento (ação), entrando em coerência com sua decisão selecionada (Porto, 2010).

Para Rodrigues (1996, p. 345) a atitude é definida como “uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido e que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto”. Nesse sentido, quanto mais favorável a atitude em relação a um comportamento, mais forte poderá ser a intenção de realizar tal comportamento de consumo. Por isso, propõe-se a seguinte hipótese:

H10: A atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde impacta a intenção de consumo de PICS.

3 ESTUDO EXPLORATÓRIO SOBRE OS FATORES INFLUENCIADORES DO CONSUMO DAS PICS

Foi realizado um estudo exploratório com o objetivo de compreender, de forma mais aprofundada, o processo de escolha e de manutenção do uso das PICS. Com isso, entende-se que será possível obter informações para validar e aprimorar o modelo teórico proposto nesta Tese, podendo: (i) trazer maior clareza quanto à escolha das variáveis a serem utilizadas; (ii) identificar possíveis novos construtos que podem influenciar o fenômeno pesquisado; e (iii) entender melhor as relações entre os diferentes aspectos influenciadores desse comportamento.

A seguir serão apresentados os aspectos relacionados ao método utilizado para a coleta de dados e os resultados obtidos com as análises desta etapa da pesquisa.

3.1 Aspectos metodológicos do estudo exploratório

Esta etapa da pesquisa foi conduzida baseando-se em uma abordagem qualitativa (Denzin; Lincoln, 2011), sendo caracterizada como empírica e exploratória. Os principais objetivos dos estudos exploratórios são a identificação e a formulação precisa de problemas, incluindo a identificação de variáveis relevantes, assim como a formulação de novos cursos alternativos de ação. O estudo exploratório pode ser usado como uma fase introdutória de um estudo maior, e seus resultados são usados para um melhor desenvolvimento das próximas etapas da pesquisa (Feldman & Orlikowski, 2011).

O procedimento de coleta dados foi realizado por meio da condução de entrevistas qualitativas semiestruturadas, conforme sugerido por King (2004). O objetivo desse tipo de entrevista é visualizar a questão de pesquisa sob a perspectiva dos entrevistados e compreender como e por que eles possuem essas perspectivas particulares.

Para atingir ao objetivo proposto, foram construídos dois guias, baseados no referencial teórico consultado, para condução das entrevistas. O primeiro foi voltado para os consumidores das PICS, buscando entender quais os principais fatores que fazem com que esses indivíduos busquem pelas PICS, identificar suas percepções sobre a abordagem integrativa e compreender suas experiências de consumo nesse contexto. Já o segundo guia foi estruturado para os profissionais das PICS, objetivando entender o que levou esses profissionais a atuarem com a abordagem integrativa, assim como trabalhar questões específicas sobre os consumidores, como as principais queixas que levam as pessoas a procurá-los e o estabelecimento de um

possível perfil desses consumidores. Optou-se pela inclusão dos profissionais, juntamente com os consumidores, devido ao destaque na literatura da importância do relacionamento paciente-terapeuta, principalmente no âmbito da saúde integrativa (Chang et al., 2012), possibilitando um complemento da compreensão de aspectos que podem levar à procura por essa abordagem. As entrevistas foram realizadas com 12 consumidores desses serviços de saúde (QUADRO 4), visando compreender aspectos que fazem parte do processo de escolha e manutenção desse tipo de consumo.

Quadro 4. Relação de consumidores entrevistados

Entrevistado	Gênero	Práticas mais citadas	Idade
E1	Masculino	Reiki	33 anos
E2	Feminino	Reiki	32 anos
E3	Feminino	Homeopatia e Fitoterapia	33 anos
E4	Feminino	Reiki	33 anos
E5	Masculino	Acupuntura	37 anos
E6	Feminino	Reiki	35 anos
E7	Feminino	Reiki e Constelação Familiar	30 anos
E8	Feminino	Reiki e Homeopatia	29 anos
E9	Masculino	Reiki e Homeopatia	31 anos
E10	Feminino	Homeopatia	37 anos
E11	Feminino	Homeopatia	30 anos
E12	Feminino	Reiki e Acupuntura	49 anos

Fonte: dados da pesquisa

Todas as entrevistas foram previamente agendadas com os participantes e realizadas por meio da plataforma online Zoom, no período de outubro e novembro de 2021. Todas elas foram gravadas com o devido consentimento do entrevistado. Ademais, foram entrevistados cinco profissionais de saúde que trabalham com a abordagem integrativa (QUADRO 5).

Quadro 5. Relação de profissionais de saúde entrevistados

Entrevistado	Gênero	Formação	Prática integrativa que atua	Tempo de atuação
P1	Feminino	Engenharia Agrônoma	Reiki	10 anos
P2	Masculino	Recursos Humanos	Reiki	10 anos
P3	Masculino	Engenharia Elétrica	Homeopatia	10 anos
P4	Masculino	Medicina	Acupuntura	6 anos
P5	Masculino	Bioterapia	Reiki	8 anos

Fonte: dados da pesquisa

Para a seleção de ambos os públicos participantes, foi utilizado o método ‘bola de neve’ (Kolb, 2008). Utilizando-se desse método, os pesquisadores solicitaram aos entrevistados que indicassem outras pessoas com características semelhantes que pudessem contribuir com a pesquisa. A justificativa para o uso desse sistema é que os participantes têm maior probabilidade de conhecer alguém como ele do que os pesquisadores.

A análise dos dados obtidos por meio das entrevistas foi realizada de acordo com Schmidt (2004). A determinação das categorias analíticas começa com uma leitura intensiva e repetida do material, conforme as seguintes etapas: (i) montagem das categorias analíticas em um guia para codificação; (ii) codificação do material; (iii) quantificação de levantamentos de material (consiste em indicações de frequências em categorias analíticas individuais – as indicações de frequência fornecem uma visão geral preliminar das distribuições dentro do material); e (iv) interpretações detalhadas. Além disso, de posse da literatura previamente apresentada, foi possível identificar pontos relevantes que possibilitam a compreensão do fenômeno estudado por meio de categorias de análise, conforme Figura 8.

A Figura 8 foi construída com o objetivo de integrar os resultados de Sirois et al. (2016) e Anderson et al. (2013) em uma perspectiva transformativa de serviço. As abordagens de saúde representam o macro ambiente em que tanto as entidades de serviços (profissionais da MI) quanto as entidades consumidoras (consumidor da MI) estão envolvidas. Nesse contexto, acontece a interação entre essas entidades, que serão influenciadas por diferentes fatores, conforme os valores (utilitários e/ou simbólicos) mais relevantes para cada indivíduo. A partir da interação, ou da utilização dos serviços, os consumidores demonstram, a partir de suas experiências subjetivas, o resultado que obtiveram com as PICS, assim como seu comprometimento com o uso dessas práticas, podendo implicar, inclusive, em mudanças de comportamento (como uma maior prática de atividades físicas, por exemplo), ou mudanças psicológicas (como uma percepção de redução de ansiedade e outras questões relacionadas à saúde mental).

Finalmente, a análise considerou os seguintes aspectos: (a) a compreensão das interpretações em uma perspectiva mais ampla, que influencia as visões dos consumidores e profissionais sobre as abordagens integrativa e convencional; (b) o consumo das PICS, tendo em vista a relação dos consumidores com esse tipo de serviço, assim como as perspectivas dos profissionais no que se refere às queixas e fatores que levam à busca pelas PICS; e (c) os resultados percebidos com o uso desses serviços, sendo representados pelo comprometimento com o uso dessa abordagem e pelo bem-estar desses indivíduos que o utilizam.

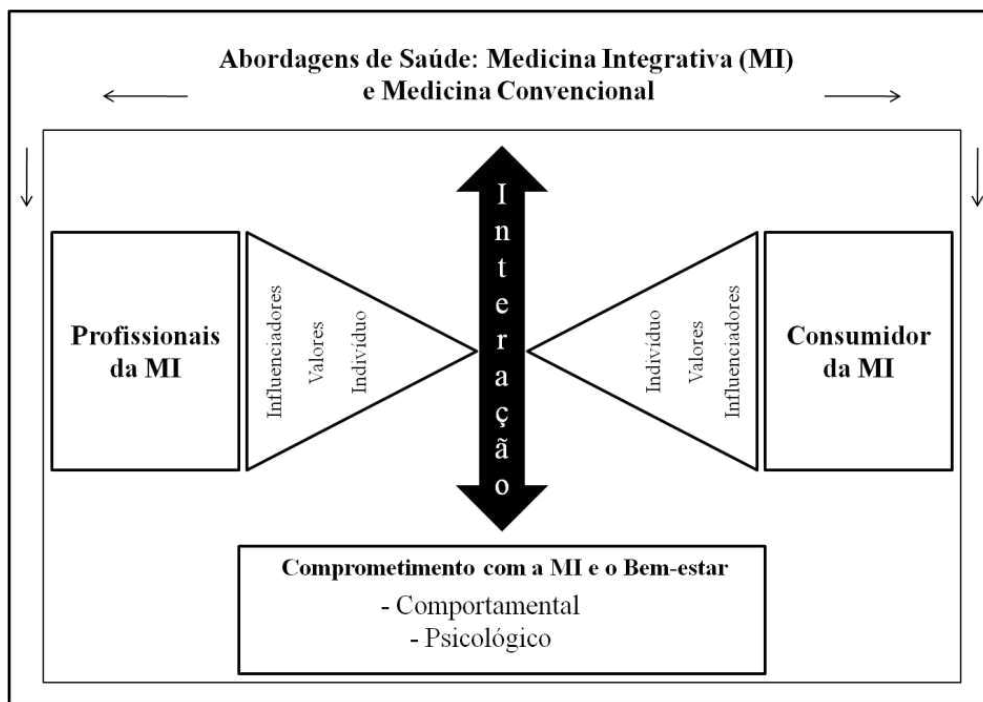


Figura 8. Modelo de análise dos dados

Fonte: elaborada pela autora baseado em Sirois et al. (2016) e Anderson et al. (2013).

3.2 Resultados do estudo exploratório

Diante das análises, foi possível perceber que a experiência com o uso das PICS tem sido positiva, sendo destacado um aspecto relevante: o consumo desses serviços pode levar a uma mudança de comportamento no que se refere às práticas cotidianas dos indivíduos participantes do estudo. Alguns entrevistados citaram que com o uso dessa abordagem integrativa de saúde, passaram a realizar rituais de autocuidado, considerando-os como uma forma de transformar suas rotinas e/ou o estilo de vida. A participante E11 conta como mudou sua forma de encarar as questões do seu cotidiano, que muitas vezes desencadeava um processo inflamatório, levando ao aparecimento de acne (motivo inicial pelo qual ela buscou a homeopatia).

Eu sou uma pessoa, assim, agora que to trabalhando né, mas sou uma pessoa muito preocupada com tudo, quero controlar tudo as coisas e internamente muito irritada, e aí era assim, eu passava por um estresse, e enchia de espinha, já olhava para o espelho e já via que eu precisava trabalhar aquilo. Agora eu já to conseguindo a expressar, buscando outras formas, no processo criativo...eu pinto, dar uma corridinha. (E11, consumidora)

E10 também cita sobre a transformação percebida com o seu processo de tratamento com a homeopatia: “passei a olhar a vida de outra forma [...] você tem que ter a vontade e querer, buscar esse novo olhar também sabe, não adianta querer que outra pessoa faça, eu tive

muita vontade de mudar pra melhor, aquela vontade de ‘chega, isso aqui não dá mais’”. Essas visões corroboram o que Dodds et al. (2018) chamaram de ambiente de serviço transformacional, fazendo referência às PICS e indo ao encontro da TSR. Nesse sentido, ao consumirem os serviços relacionados às terapias integrativas, algumas pessoas identificam possibilidade de promover mudanças em suas próprias vidas, principalmente em aspectos direcionados à saúde física e mental. Para Blocker e Barrios (2015), as transformações relacionadas aos serviços ocorrem quando os indivíduos fazem novas escolhas para desafiar os padrões sociais considerados dominantes.

Além disso, o constante relacionamento com o profissional de saúde é considerado relevante na construção desses novos hábitos, o que remete tanto à importância da confiança no profissional de saúde para dar continuidade no tratamento de forma satisfatória (Choy & Ismail, 2017; Anderson & Dedrick, 1990; Bova et al., 2006), quanto ao empoderamento (Bulsara et al., 2006; Fotoukian et al., 2014). A confiança no profissional seria necessária para que o usuário de PICS permaneça tempo suficiente para conseguir continuar desempenhando atividades sozinho, que iriam lhe trazer benefícios e maior equilíbrio a longo prazo.

É preciso ter orientação da pessoa que ta fazendo o tratamento com você. Tem uma busca muito grande. É aquela crise que dá, de falta de identidade mesmo, você é multi, faz de tudo e ao mesmo tempo se perde. (E10, consumidora).

Então a gente trabalha esse equilíbrio e essa harmonia, né? Dentro dessas práticas, com a meditação diária, que você faz em casa mesmo. Então não necessariamente você tem que estar ali, sempre com o terapeuta também. Tem muitas coisas que você faz na sua casa. Você pode fazer uma prática de ioga pela internet, na sua casa, né? Com aulas gratuitas. (P1, profissional de saúde)

Um dos fatores que se destaca em relação ao consumo das PICS é busca de um maior equilíbrio entre corpo, mente e espírito e manutenção do bem-estar. A partir disso, esses indivíduos passam a incorporar novos hábitos, no sentido de lidar melhor com os desafios cotidianos.

Na minha experiência, sempre que eu fui na nas práticas, assim, nas consultas alternativas integrativas eu sinto um bem-estar em seguida da consulta, o efeito já tá acontecendo na própria consulta diferente da tradicional para fazer um exame, uma conversa mais superficial. (E3, consumidora)

Falando especificamente do Reiki, vejo que é algo que me traz muita conexão comigo mesma. Ele proporciona um ambiente, me proporciona essa possibilidade. Então é como se fosse uma manutenção necessária para o meu equilíbrio. (E6, consumidora)

Essas percepções compartilhadas pelos entrevistados concordam com estudos anteriores que relacionam o uso das PICS com o bem-estar (Bertomoro et al., 2010; Chang et al., 2012; Oh et al., 2010; Smithson et al., 2012; Zhang et al., 2015). Para E12, as PICS também estão

diretamente relacionadas ao bem-estar de forma mais geral, como se fosse um mecanismo de auxílio para que as pessoas consigam reestabelecer o equilíbrio e melhorar sua condição de vida: “[as PICS] podem ser utilizadas em conjunto né, pra dar essa melhoria de qualidade de vida né? De bem-estar físico, mental, psicológico”.

Dessa forma, observou-se relatos de uma maior consciência e estado de presença no momento atual, possibilitando, principalmente, reduzir níveis mais elevados de estados ansiosos, mas também a possibilidade de reverter questões de saúde particulares, como no caso do entrevistado E5.

Acho que de mais relevante assim o resultado que eu tive, porque eu tenho contato com pessoas que já operaram, do problema até um pouco menor que o meu e tiveram sequelas [...]. Então eu passei ressignificar totalmente a minha saúde, não só a saúde da coluna, saúde ortopédica, eu acredito que a condição de hoje é muito fruto do tratamento que eu recebi lá, eu não tive mais crise, eu faço atividade física normalmente. Não tomo medicação sequer para qualquer tipo de dor nessa região e nenhuma outra também vivo super bem. Se tivesse que escolher novamente sem dúvida, eu opto sempre pela medicina alternativa. (E5, consumidor)

Outro ponto emergente foi o descontentamento com a medicina convencional, como um fator que reforça a manutenção e compromisso com as práticas integrativas em saúde, principalmente buscando evitar (sempre que possível) os tratamentos convencionais, assim como medicamentos alopáticos, que muitas vezes geram efeitos colaterais e outros problemas de saúde. O participante E1 ressalta sua percepção negativa em relação aos atendimentos da medicina convencional: “você vai no hospital particular você é super maltratado, é super maltratado igual rede pública, fica esperando horas, a pessoa não te trata bem, é, cara, resumindo é horrível”.

Assim, torna-se possível perceber que a construção das transformações observadas pelos consumidores poderia estar relacionada a dois fatores: o relacionamento com os profissionais e a empoderamento desses indivíduos. Uma vez que o consumidor se sente acolhido e se identifica com o serviço e profissional que o acolhe, ele começa a ganhar mais autonomia, o que faz com que ele busque alternativas para transformar sua própria rotina em busca de manter e/ou melhorar seu próprio bem-estar. Diante disso, abre-se a possibilidade do estabelecimento de uma relação entre o processo de autonomia/empoderamento e a busca pelo bem-estar (iniciada por esse processo de transformação), possibilitando a proposição de mais uma hipótese deste estudo.

H11: O empoderamento impacta positivamente o bem-estar percebido pelos consumidores das práticas integrativas e complementares.

Junto a isso, notou-se que os entrevistados citaram uma inquietação em buscar por coisas novas. Essa característica remete aos resultados de Bishop et al. (2010) e Smith et al. (2008) que consideram que usuários das PICS podem ser mais propensas a demonstrarem abertura para novas experiências. E6 cita que optou por fazer sua formação em Reiki por pura curiosidade e E7 realizou seu curso em constelação sistêmica como forma de experimentação e busca constate por conhecimento.

Curiosamente, do ponto de vista dos profissionais, foi notado um padrão semelhante no que se refere às suas próprias buscas pela atuação com as PICS. Eles destacaram tanto questões familiares quanto um processo interno de autoconhecimento e melhora de condições como a ansiedade. P2 começou a busca pela abordagem integrativa devido ao uso pessoal das PICS, pois tinha questões relacionadas à ansiedade e a como lidar com suas próprias emoções, então ele teve o primeiro contato com o Reiki e com a meditação. Já P4 destacou sua crença no poder de autocura do corpo humano e sua abertura para iniciar um curso de massagem no primeiro ano de faculdade, levando-o à prática de acupuntura. Assim, percebe-se que a característica de busca por conhecimento está presente em todo o contexto da abordagem integrativa, remetendo ainda à alfabetização à saúde, discutida por von Conrady & Bonney (2017).

Alguns estudos têm investigado os traços de personalidade dos consumidores da medicina integrativa, sendo possível perceber o destaque para a característica de abertura à experiência, conforme identificado por Galbraith et al. (2018). Os autores verificaram que o traço de abertura à experiência foi positivamente associado ao uso das PICS. Ademais, o pensamento intuitivo previu consistentemente crenças sobre a eficácia da medicina integrativa, e em menor extensão, sua utilização. Apesar da disponibilidade de evidências científicas para a medicina convencional, a abordagem integrativa pode ser atraente porque apela às emoções e não depende de uma ampla base de evidências científicas, isso é adequado para os indivíduos intuitivos, mesmo quando eles estão cientes de que o julgamento racional foi esquecido (Galbraith et al., 2018).

De modo semelhante, Honda e Jacobson (2005) identificaram que a abertura à experiência parece estar associada ao uso das práticas integrativas, complementando que indivíduos com essa característica podem ser mais propensos do que outros a usar a medicina integrativa, mesmo quando não é recomendado ou apropriado.

Finalmente, Smith et al. (2008) analisaram a disposição de usar a medicina integrativa em uma população jovem e saudável. Os autores incluíram indivíduos saudáveis para ter uma visão ampla de quem pode usar essa abordagem médica no futuro. As hipóteses sobre quem teria uma maior disposição geral para usar as PICS foram apoiadas por idade avançada, sexo

feminino, maior abertura à experiência, otimismo e espiritualidade. Além disso, as análises de variáveis exploratórias adicionais mostraram que a atenção ao humor (propensão de prestar atenção aos próprios sentimentos e emoções) e a afabilidade também predizem a disposição geral de usar medicina integrativa. Assim, acredita-se que as descobertas mais importantes têm a ver com a centralidade da abertura para a experiência, espiritualidade e atenção ao humor.

Diante desses resultados, propõe-se a seguinte hipótese de pesquisa:

H12: A abertura à experimentação impacta positivamente a atitude do consumidor das práticas integrativas e complementares.

Diante do exposto, foi possível observar que a experiência com o uso das PICS tem sido positiva para esses consumidores. Há dois tipos de percepção sobre a construção dessas transformações e o processo de autonomia. O constante relacionamento com o profissional de saúde, que é considerado relevante na construção desses novos hábitos (Choy & Ismail, 2017; Anderson & Dedrick, 1990) e o empoderamento (Bulsara et al., 2006; Fotoukian et al., 2014), que auxilia os consumidores a buscarem pelos melhores tratamentos e práticas.

4 MODELO TEÓRICO

O presente capítulo tem como objetivo apresentar as hipóteses desta pesquisa com os principais estudos que dão fundamentação a elas (Quadro 6). Posteriormente, o modelo teórico proposto pelo estudo é apresentado na Figura 9.

Quadro 6. Hipóteses da pesquisa e estudos que fornecem fundamentação

Hipóteses	Estudos que fornecem suporte às hipóteses
H1: O bem-estar percebido influencia positivamente a atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde.	Bertomoro et al. (2010); Chang et al. (2012); Oh et al. (2010); Smithson et al. (2012); Zhang et al. (2015); Chang et al. (2012); Smithson et al. (2012); Zhang et al. (2015)
H2: A confiança no profissional de saúde impacta positivamente a atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde.	Chandra et al. (2018); Choy e Ismail (2017)
H3: A confiança no profissional de saúde impacta positivamente o bem-estar percebido em relação às práticas integrativas e complementares em saúde.	Osei-Frimpong e Owusu-Frimpong (2017); Anderson e Dedrick (1990)
H4: O empoderamento do consumidor impacta positivamente a atitude em relação ao consumo das práticas integrativas e complementares em saúde.	Cerezo et al. (2016); Fotoukian et al., 2014; Steinsbekk e Launsø (2005); Foley e Steel (2017)
H5: A espiritualidade impacta positivamente a atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde.	Petry e Finkel (2004); Hsiao et al. (2008); Elison et al., (2012); Ben-Arye et al. (2012)
H6: A espiritualidade impacta positivamente o bem-estar percebido em relação às práticas integrativas e complementares em saúde.	Mao et al. (2010); Smith et al.(2008)
H7: A influência interpessoal impacta positivamente a atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde.	Loquai et al., 2017; Murthy et al., 2015; Palinkas & Kabongo, 2000; Pollard et al. (2014); Öhlén et al. (2006)
H8: A alfabetização em saúde impacta positivamente o empoderamento do consumidor das práticas integrativas e complementares.	Barnes et al. (2019); Owen-Smith, McCarty, Hankerson Dyson e Diclemente (2012)
H9: A regionalidade modera a relação entre atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde e a intenção de consumo de PICS.	Fortier et al. (2014); Peterson (2012); Babitsch et al. (2012); Lamy et al. (2017)
H10: A atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde impacta positivamente a intenção de consumo de PICS.	Porto (2010); Rodrigues (1996)
H11: O empoderamento impacta positivamente o bem-estar percebido pelos consumidores das práticas integrativas e complementares.	Estudo exploratório
H12: A abertura à experimentação impacta positivamente a atitude do consumidor das práticas integrativas e complementares.	Estudo exploratório e corroborado por Galbraith et al. (2018); Honda e Jacobson (2005); Smith et al. (2008)

Fonte: Elaborado pela autora.

Diante do exposto, o modelo teórico é proposto (Figura 8), visando preencher as lacunas identificadas no que se refere ao estabelecimento das relações entre as variáveis abordadas no presente estudo e a compreensão do processo de consumo das práticas integrativas em saúde.

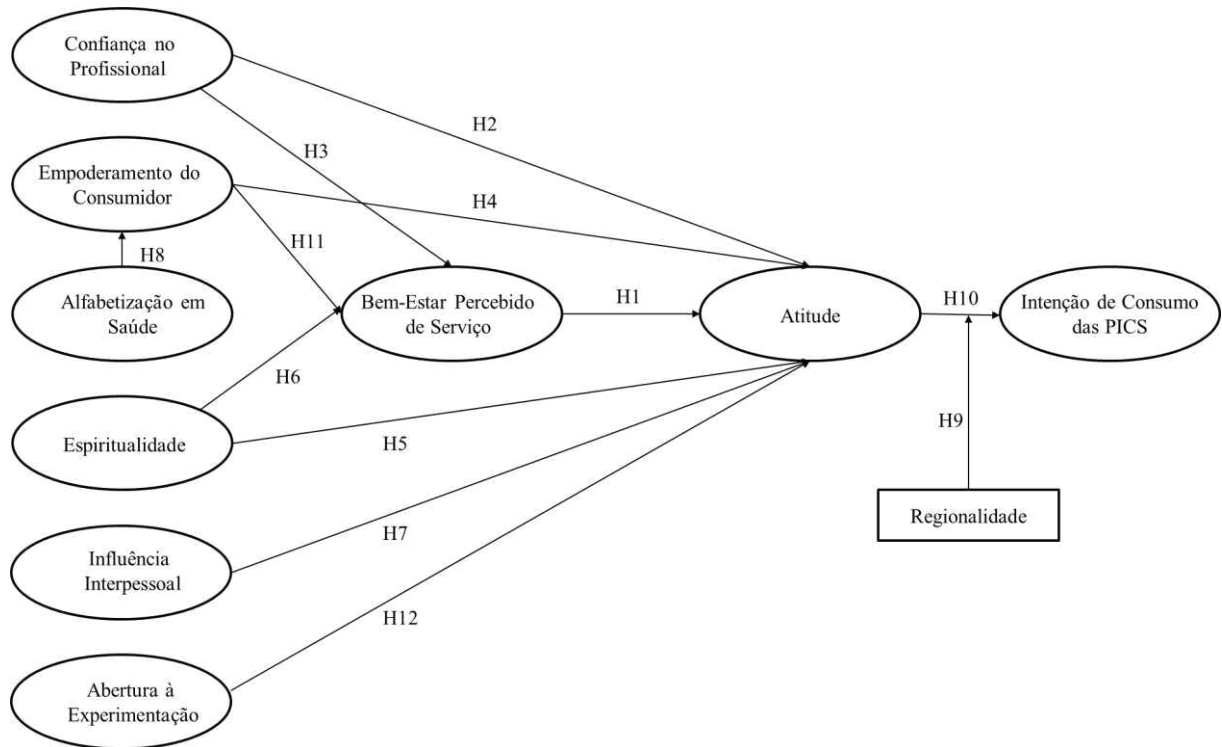


Figura 9. Modelo teórico

Fonte: elaborada pela autora.

4.1 Definições Conceitual e Operacional das Variáveis que serão testadas

A seguir, apresentam-se as definições conceitual e operacional das variáveis que serão testadas no modelo teórico proposto.

4.1.1 Bem-estar percebido do serviço

Definição conceitual: Resposta positiva resultante do caráter experiencial, relacional, processual e interativo de uma situação de serviço ou serviço com interação cliente-funcionário (Falter & Hadwich, 2020).

Definição Operacional: Escala baseada em Falter e Hadwich (2019), do tipo Likert de 7 pontos. Os valores de Alpha de Cronbach (α) são apresentados para cada dimensão, sendo eles: Relacionamento ($\alpha = 0,880$); Emoções Positivas ($\alpha = 0,890$); Comprometimento ($\alpha = 0,849$); Ausência de Emoções Negativas ($\alpha = 0,788$); e Significado e Realização ($\alpha = 0,789$).

4.1.2 Confiança no profissional de saúde

Definição conceitual: Confiança que se desenvolve entre o paciente e o provedor de saúde em uma parceria em que os objetivos são compartilhados e há um respeito mútuo pela contribuição de cada um para o processo. Envolve o compartilhamento de conhecimento, o desenvolvimento de uma conexão emocional e profissional, e o tratamento mútuo com respeito e honestidade (Anderson & Dedrick, 1990; Bova et al., 2006, 2012).

Definição operacional: Escala proposta por Anderson e Dedrick (1990), no original tipo Likert de 5 pontos e apresentado Alpha de Cronbach de 0,90.

4.1.3 Empoderamento

Definição conceitual: Um processo ou resultado facilitador decorrente da comunicação com o profissional de saúde e do compartilhamento mútuo de recursos sobre informações relacionadas à doença, que potencializa os sentimentos do paciente de controle, autoeficácia, habilidades de enfrentamento e capacidade de mudar sua condição (Bulsara et al., 2006; Fotoukian et al., 2014; Small et al., 2013).

Definição operacional: Escala de Tsoli et al. (2019), originalmente proposta por Bulsara et al. (2013), no original tipo Likert de 4 pontos e apresentando Alpha de Cronbach de 0,887.

4.1.4 Espiritualidade

Definição conceitual: A espiritualidade é definida como um conceito que engloba a busca pelo sentido na vida, pela autorrealização e a conexão com o ‘eu interior’ e o todo universal, podendo ser entendida como o relacionamento do indivíduo com Deus, ou o que quer que se perceba como a Transcendência Suprema. É um fenômeno multidimensional que é vivenciado universalmente, em parte construído socialmente e desenvolvido individualmente ao longo da vida (Delaney, 2005; Hodge, 2003; Parsian, Nasrin & Dunning, 2009).

Definição operacional: Escala de Seidlitz et al. (2002), no original tipo Likert de 6 pontos e apresentando Alpha de Cronbach de 0,97.

4.1.5 *Influência Interpessoal*

Definição conceitual: Necessidade de se identificar ou melhorar a imagem de alguém na opinião de outras pessoas significativas por meio da aquisição e uso de produtos e marcas, a vontade de se conformar às expectativas dos outros em relação às decisões de compra e /ou a tendência para aprender sobre produtos e serviços observando outras pessoas ou buscando informações de terceiros (Bearden et al., 1989).

Definição operacional: Escala de Al-Swidi et al. (2014), do tipo Likert de 7 pontos, apresentando quatro itens e Alfa de Cronbach = 0,70.

4.1.6 *Alfabetização em Saúde*

Definição conceitual: A alfabetização em saúde é uma medida da capacidade de um indivíduo de buscar, compreender e usar informações de saúde dentro do ambiente dos serviços de saúde (von Conrady & Bonney, 2017).

Definição operacional: Escala proposta por Rouquette et al. (2018), no original com 4 pontos (“muito fácil”, “fácil”, “difícil” e “muito difícil”), apresentando Alpha de Cronbach de 0,81.

4.1.7 *Abertura à experiência*

Definição conceitual: Refere-se à tendência de buscar novas experiências e conceber novas ideias (Costa & McCrae, 1992).

Definição operacional: Escala de Kashdan et al. (2018) tipo Likert de 7 pontos, Alpha de Cronbach de 0,80.

4.1.8 *Atitude em relação às PICS*

Definição conceitual: Organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido e que predispõe a uma ação coerente relativa a este objeto (Rodrigues, 1996).

Definição operacional: Escala de Chang (2017) tipo Likert de 7 pontos, apresentando Alpha de Cronbach de 0,93 (Estudo 1) e 0,91 (Estudo 3A).

4.1.9 Intenção de Compra

Definição conceitual: A medida em que um consumidor expressa uma inclinação para comprar um determinado produto (White et al., 2016).

Definição operacional: Escala de White et al. (2016) tipo Likert, apresentando Alpha de Cronbach de 0,94.

4.1.10 Regionalidade (Etnocentrismo)

Definição conceitual: crença dos consumidores sobre a adequação ou moralidade de consumir bens não produzidos nacionalmente (Waehning & Filieri, 2021).

Definição operacional: Escala de Waehning & Filieri (2021) tipo Likert, apresentando Alpha de Cronbach de 0,911.

5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo serão abordados os métodos e técnicas utilizados para a resposta do problema de pesquisa proposto, apresentando ainda os critérios de seleção da amostra e técnicas de análise dos dados, que visam testar o modelo proposto e analisar as relações entre suas variáveis.

5.1 Caracterização da Pesquisa

Para que fosse possível responder ao problema de pesquisa proposto, o método de pesquisa utilizado no presente estudo é caracterizado como quantitativo-descritivo (Smith & Albaum, 2017). Na pesquisa quantitativa os objetivos são abordados por meio de avaliações empíricas que envolvem medidas numéricas priorizando a objetividade; o uso de amostras maiores, com o intuito de produzir resultados generalizáveis; o teste de hipóteses; e a natureza descritiva ou causal das investigações.

O objetivo primordial é realizar a observação com vistas a compreender como os dados fornecidos pelos respondentes se encaixam à base teórica existente, permitindo testar ou verificar essas teorias (Creswell, 2010). A pesquisa descritiva é um tipo de investigação conclusiva que tem o intuito de descrever características ou aspectos específicos do objeto de estudo. Ela também é apropriada quando se deseja determinar o grau em que as variáveis estão associadas. Para isso, os dados são coletados de forma estruturada, geralmente por meio de amostras representativas (Cooper & Schindler, 2016).

A coleta de dados foi realizada utilizando-se do levantamento de dados, isto é, uma pesquisa do tipo *survey*, de corte transversal (Fink, 2013). Esse tipo de pesquisa possui a capacidade de fornecer estimativas estatísticas sobre as características de determinada população-alvo, e tem a descrição da amostra dos respondentes e a possibilidade de utilizar as respostas dos participantes da pesquisa de forma a descrever com precisão o fenômeno estudado como premissas fundamentais (Fowler Jr., 2013). Amplamente utilizado para a coleta de dados primários (Fink, 2016), esta técnica tem a capacidade de obter informações específicas dos respondentes sobre seus comportamentos, intenções, percepções, motivações e características, informações estas obtidas por meio de um questionário estruturado e com perguntas padronizadas (Hair et al., 2009).

Para a verificação das múltiplas relações inerentes ao modelo teórico proposto neste estudo, bem como o teste das hipóteses, foi utilizada a técnica de Modelagem de Equações Estruturais (MEE) (Hair et al., 2009). Os modelos de MEE representam a interpretação de uma série de relações hipotéticas de causa-efeito entre variáveis para uma composição de hipóteses, que considera os padrões de dependência estatística. Os relacionamentos nessa composição são descritos pela magnitude do efeito (direto ou indireto) que as variáveis independentes (observada ou latentes) têm nas variáveis dependentes (observada ou latentes) (Hershberger et al., 2003).

Apesar de diferentes caminhos poderem ser usados para testar modelos de MEE, todos os modelos de equações estruturais são distinguidos por três características: (1) Estimação de relações de dependência múltiplas e interrelacionadas; (2) Habilidade para representar conceitos não observados nessas relações e corrigir erro de mensuração no processo de estimação; e (3) Definição de um modelo para explicar o conjunto de relações. A MEE é a única técnica multivariada que permite a estimação simultânea de múltiplas equações. Essas equações representam a maneira como construtos se relacionam com itens de indicadores medidos, bem como o modo como construtos se relacionam entre si (Hair et al., 2009).

Tendo em vista a possibilidade de geração de dados não aderentes a uma distribuição normal multivariada, modelos complexos (muitos constructos e muitas variáveis observadas) (Mackenzie et al., 2011), poucos dados ou modelos com suporte teórico pouco explorado (Ringle et al., 2014), a modelagem de equação estrutural baseada em variância (VB-SEM) ou em modelos de estimação de ajuste de mínimos quadrados parciais (*partial least square* – PLS) seria a mais indicada (Hair et al., 2009). Diante disso, o modelo desta pesquisa será estimado pelo método do Mínimos Quadrados Parciais PLS-PM (*Partial Least Squares Path Modeling*).

Para as análises do ajuste do modelo, foram considerados dois momentos: (i) avaliação do modelo de mensuração; e (ii) avaliação do modelo de caminhos. Com a primeira etapa pretende-se observar as Validades Convergentes, obtidas pelas observações das Variâncias Médias Extraídas (*Average Variance Extracted* – AVEs), através do critério de Fornell e Larcker (Henseler et al., 2009). Quando as AVEs são maiores que 0,50 admite-se que o modelo converge a um resultado satisfatório (Fornell & Larcker, 1981).

Já na segunda etapa foi realizada a observação dos valores da consistência interna Alfa de Cronbach e Confiabilidade Composta (CC). Valores do Alpha de Cronbach acima de 0,60 e 0,70 são considerados adequados em pesquisas exploratórias (Hair et al., 2009). Na sequência será feita a avaliação da validade discriminante (VD) da MEE, que é considerada um indicador de que as variáveis latentes são independentes umas das outras (Hair et al., 2009).

Para a análise do modelo estrutural, será feita a avaliação dos coeficientes de determinação de Pearson (R^2), que irão avaliar a porção da variância das variáveis endógenas. Por fim, o indicador de ajuste geral do modelo será avaliado.

5.2 Definição da amostra e das práticas integrativas usadas no estudo

Uma das etapas mais críticas no processo de pesquisa quantitativa é determinar a população-alvo a ser pesquisada (Hair et al., 2009). Nesta pesquisa, o público compreendeu indivíduos com as seguintes características: (a) ter 18 anos ou mais; e (b) ser consumidor ou já ter consumido serviços das práticas integrativas em saúde previamente definidas – Acupuntura e/ou Homeopatia e/ou Reiki.

A seleção da amostra foi realizada com base em uma amostragem não-probabilística, por conveniência. Este tipo de seleção refere-se à identificação de respondentes potenciais a que o pesquisador tem maior facilidade de acesso em função do tamanho da população-alvo e do tempo disponível para o processo de coleta de dados, favorecendo amostras maiores (Aaker et al, 2004; Hair et al., 2009; Cooper & Schindler, 2016).

Ao observar os pré-requisitos para utilização da Modelagem de Equações Estruturais, assim como o número de variáveis, destaca-se a sugestão de Kline (2015) de que a amostra deve ser constituída de no mínimo 200 casos válidos, dependendo da complexidade do modelo. Além desse parâmetro, é possível calcular a amostra mínima para a MEE por meio do software GPower. Para isso, de acordo com Ringle, Silva e Bido (2014), seleciona-se a variável latente com maior número de preditores do modelo e calcula-se o tamanho amostral, a partir da seleção do poder do teste e tamanho do efeito. Os autores recomendam um poder mínimo de 0,80 e tamanho de efeito mínimo de 0,15. Seguindo essas recomendações, o teste retornou um tamanho mínimo amostral de 172.

A presente pesquisa foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia (CEP/UFU), sendo aprovada no parecer nº 5.490.498 CAAE nº 59001622.0.0000.5152.

Ademais, ressalta-se a escolha das PICS utilizadas neste estudo. Optou-se por considerar três tipos de práticas integrativas: Acupuntura, Homeopatia e Reiki. Essas práticas foram selecionadas considerando-se, principalmente, a necessidade de contato entre usuário e profissional de saúde, caracterizando a relação do serviço de saúde prestado a esses consumidores e possibilitando análises sobre percepções de confiança e bem-estar. A ampliação da oferta de atendimento homeopático também é destacada, podendo ser verificada no número

de consultas dessa especialidade – desde a sua inclusão como procedimento do SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS), que vem apresentando crescimento anual em torno de 10%. Além disso, a homeopatia está presente em Universidades públicas, em atividades de ensino, pesquisa ou assistência, e conta com cursos de formação de especialistas em homeopatia em 12 unidades da Federação, sendo a formação de médico homeopata aprovada pela Comissão Nacional de Residência Médica (Brasil, 2018).

Essa expansão também pode ser observada pelo aumento no número de procedimentos da Acupuntura (27,90% entre 2017 e 2019 – parcial); e Reiki (643,63% entre 2017 e 2019 – parcial) (Ministério da Saúde, 2020). Por fim, ressalta-se que práticas de autocuidado, como a meditação, que são analisadas por alguns estudos sobre PICS, não serão consideradas nesta pesquisa, uma vez que neste trabalho optou-se por considerar relação dos consumidores com os profissionais de saúde como ofertantes de serviços.

5.3 Instrumento de Coleta de Dados

O questionário aplicado foi dividido em três partes, iniciando-se com uma pergunta que objetiva filtrar os participantes da pesquisa, para que participassem apenas pessoas que já tenham tido contato com os serviços relacionados às PICS selecionadas para compor a pesquisa (Acupuntura, Homeopatia e Reiki). Na primeira parte foram inseridas as escalas para mensuração dos construtos propostos no modelo, padronizando-se em uma escala Likert de 7 pontos para melhor compreensão dos entrevistados.

Já na sequência, as perguntas dizem respeito a dados comportamentais relacionados ao consumo das PICS, como quais práticas o indivíduo utiliza, há quanto tempo, com qual frequência. Nesse bloco também foram incluídas questões sobre a autopercepção relacionada à própria saúde e hábitos relacionados a práticas de atividades físicas, uma vez que há indicativo na literatura que trata sobre uma influência da MI no estabelecimento de mudanças do comportamento de saúde com relação aos exercícios físicos (Williams-Piehota et al., 2012; Davis, 2011).

Finalmente, o questionário contou com perguntas sobre a situação sociodemográfica do participante, com objetivo de caracterização da amostra e a identificação de possíveis relações entre esses dados e o consumo das PICS.

O questionário ficou disponibilizado na internet por meio do sistema *Survey Monkey* entre abril e junho de 2022. Para que fosse possível alcançar o maior número de respondentes,

o link do instrumento de coleta de dados foi disponibilizado nos seguintes meios de comunicação:

- Redes Sociais – WhatsApp; grupos relacionados às PICS no Facebook; e perfis de profissionais que atuam com as PICS.
- Programas de pós-graduação em Administração – e-mails solicitando a divulgação do link do questionário.

O questionário aplicado é apresentado de forma integral no Apêndice B.

5.4 Validação Preliminar das Escalas e Pré-teste

As escalas selecionadas para compor a presente pesquisa encontram-se, originalmente, na língua inglesa. Por isso, os itens foram traduzidos da língua inglesa para a língua portuguesa, seguindo os procedimentos de *back translation* (Behr, 2016) para garantir que o instrumento de mensuração se encontra adequado ao contexto brasileiro.

O pré-teste foi realizado em duas etapas. Primeiramente, o questionário foi avaliado por especialistas, tanto da área da medicina integrativa quanto da área de marketing e consumo, a finalidade dessa etapa foi examinar o conteúdo, principalmente no que se refere à correspondência dos itens individuais das escalas (Hair et al., 2009). Já na segunda etapa, após os ajustes no instrumento de coleta, outro pré-teste foi aplicado com 20 estudantes de Graduação e Pós-graduação que faziam parte do perfil da pesquisa, com o objetivo de verificar a clareza do texto e o tempo médio de resposta. Assim, novamente pequenos ajustes foram realizados exclusivamente para a melhor compreensão da pesquisa por parte dos participantes.

5.5 Procedimentos para a análise dos dados

Para a análise dos dados coletados, adotou-se as seguintes etapas: preparação e codificação dos dados, análise descritiva, análise fatorial exploratória e análise de equações estruturais. A fase de preparação englobará a verificação do instrumento e sua consistência para identificação das respostas omissas ou incompletas. As análises estatísticas foram realizadas por meio da utilização dos softwares IBM SPSS *Statistics* e SmartPLS4.

Primeiramente, foi realizado o procedimento de caracterização da amostra, codificando essas variáveis da pesquisa por gênero, faixa etária, renda, entre outros aspectos sociodemográficos. Posteriormente, foram feitas as análises descritivas, fazendo uso de testes

estatísticos univariados, por meio de distribuições das frequências para verificar o perfil dos respondentes.

A partir disso, iniciou-se a validação do modelo proposto (Fávero & Belfiore, 2017). Para isso, os valores do Alfa de Cronbach foram verificados e posteriormente foi utilizada a Análise Fatorial Exploratória das escalas com maior quantidade de variáveis, obedecendo os seguintes estágios: suposições críticas na análise fatorial, seleção do método de extração de fatores, definição dos critérios para o número de fatores a serem extraídos, escolha do método de rotação dos fatores, julgamento da significância das cargas fatoriais, interpretação da matriz fatorial, rotulação dos fatores e validação das análises (Hair et al., 2009).

Finalmente, foi aplicada a técnica de Modelagem de Equações Estruturais, utilizando-se da Análise Fatorial Confirmatória. Essa técnica é definida por Hair et al. (2009) como um conjunto de modelos estatísticos que buscam explicar as relações entre as múltiplas variáveis.

5.6 Matriz de Amarração

A matriz de amarração é um instrumento de análise que foca na aderência e na compatibilidade entre modelo de pesquisa, objetivos da pesquisa, hipóteses de pesquisa e técnicas de análise planejadas para tratamento dos dados. Dessa forma, a operacionalidade dessa ferramenta fornece uma estrutura esquemática que sintetiza a configuração da pesquisa, fornecendo ao pesquisador a visualização sistematizada do trabalho e possibilitando a verificação da sua estrutura e da coerência da proposta (Telles, 2001).

Tendo em vista os métodos e técnicas apresentadas, torna-se possível estabelecer uma relação entre as diferentes etapas da pesquisa, tendo em vista cada objetivo inicialmente proposto. O Quadro 7 apresenta essa relação.

Quadro 7. Matriz de Amarração

Objetivos Específicos	Hipóteses	Técnica de análise de dados
Identificar os fatores que influenciam o consumo das práticas integrativas e complementares em saúde	Todas as hipóteses.	Estudo exploratório (entrevistas, análise conforme Schmidt (2004), com determinação de categorias analíticas). e Modelagem de Equações Estruturais.
Analisar o papel da regionalidade no consumo das práticas integrativas de saúde.	H9	Questionário – Modelagem de Equações Estruturais.

Objetivos Específicos	Hipóteses	Técnica de análise de dados
Propor um modelo que represente as relações entre o consumo de práticas integrativas e complementares em saúde e os fatores que antecedem e influenciam esse consumo.	Todas as hipóteses.	Entrevistas Questionário – Modelagem de Equações Estruturais
Propor uma tipologia dos consumidores de acordo com os antecedentes do consumo de práticas integrativas e complementares em saúde.	Todas as hipóteses.	Questionário – Modelagem de Equações Estruturais. Análise de Cluster.

Fonte: Elaborado pela autora.

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O presente capítulo tem como objetivo apresentar os resultados e análises da pesquisa quantitativa realizada no presente estudo. Primeiramente, procedeu-se com a análise descritiva da amostra e, em seguida, com as análises das técnicas estatísticas adotadas. A discussão teórica também é apresentada, considerando as análises realizadas.

6.1 Análises descritivas da amostra

Inicialmente apresentam-se os dados demográficos dos participantes do estudo, na sequência serão analisados os dados comportamentais destes e, por último, realiza-se a análise descritiva das variáveis dos construtos.

6.1.1 Dados demográficos

Após os procedimentos de tratamento dos dados, a amostra final foi composta por 226 respostas válidas. No total obteve-se 241 respostas completas do questionário, todavia 14 pessoas responderem pelo menos uma das questões de controle de forma errada, assim optou-se por retirá-las da amostra. Ademais, uma pessoa não apresentou desvio padrão entre as variáveis dos construtos, indicando que em todas as questões adotou a mesma resposta, nesse caso também optou-se por retirar a resposta da amostra pressupondo-se uma falta de atenção com as questões.

A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra em termos de sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, estado de residência e renda.

Tabela 1

Dados demográficos da amostra

Características Demográficas	Porcentagem (%)
Sexo	
Feminino	84,50%
Masculino	15,50%
Total	100,00%
Faixa Etária	
Até 20 anos	0,90%
De 21 a 30 anos	15,00%
De 31 a 40 anos	36,70%

Características Demográficas	Porcentagem (%)
De 41 a 50 anos	23,50%
De 51 a 60 anos	17,70%
Mais de 60 anos	6,20%
Total	100,00%
Escolaridade	
Ensino Fundamental completo.	0,88%
Ensino Médio completo.	5,75%
Ensino Superior incompleto.	8,41%
Ensino Superior completo.	21,68%
Pós-graduação incompleto.	10,18%
Pós-graduação completo.	53,10%
Total	100,00%
Estado Civil	
Solteiro(a).	33,63%
Casado(a) ou em união estável.	50,00%
Separado(a) / Divorciado(a).	14,16%
Viúvo(a).	2,21%
Total	100,00%
Estado de Residência	
Minas Gerais (MG)	54,86%
Rio Grande do Sul (RS)	15,92%
São Paulo (SP)	11,94%
Paraná (PR)	3,53%
Distrito Federal (DF)	2,65%
Goiás (GO)	2,65%
Santa Catarina (SC)	2,65%
Outros	5,80%
Total	100,00%
Renda	
Até R\$ 1.212,00.	1,33%
De R\$ 1.212,01 até R\$ 3.636,00.	17,26%
De R\$ 3.636,01 até R\$ 7.272,00.	34,96%
De R\$ 7.272,01 até R\$ 10.908,00.	15,04%
De R\$ 10.908,01 até R\$ 14.544,00.	11,06%
De R\$ 14.544,01 até R\$ 18.180,00.	6,64%
Acima de R\$ 18.180,00.	8,85%
Prefiro não declarar.	4,87%
Total	100%

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Do total de respondentes, 84,5% foram do sexo feminino, demonstrando uma diferença esperada em relação aos respondentes do sexo masculino. Diversos autores trouxeram aspectos demográficos em suas pesquisas demonstrando uma busca e uma utilização maior das PICS por

mulheres (Skovgaard et al., 2013; Bell et al., 2006; Davis et al., 2011; Naja et al., 2015; Mackenzie et al. 2003; Tindle et al., 2005; Bishop & Lewith, 2010; Firkins et al., 2018; Zhang et al., 2015; Canaway & Manderson, 2013; Brown et al., 2007; Carvalho et al., 2012; Martinez, 2009; Bertomoro et al., 2010).

No que se refere à faixa etária, a maior parte da amostra encontrava-se entre 31 e 40 anos (36,7%), seguido daqueles com idade entre 41 e 50 anos (23,5%); e entre 51 e 60 anos (17,7%). A idade média da amostra foi 41,7 anos – mínimo 20 e máximo 75 anos. Essa característica também vai ao encontro de aspectos observados na literatura, cujos resultados apontam que indivíduos acima de 40 anos tendem a ser mais propensos ao consumo das práticas integrativas (Davis et al., 2011; Bishop & Lewith, 2010; Leach 2016; Brown et al., 2007).

Já a respeito do nível de escolaridade, verificou-se que a maioria dos respondentes apresentavam pós-graduação completa (53,10%), seguido daqueles com ensino superior completo (21,68%), representando mais de 70% do total de respondentes. Observa-se que alguns trabalhos também indicam que a educação superior é um fator característico do público que faz uso das PICS (Skovgaard et al., 2013; Bell et al., 2006; Mackenzie et al 2003; Bishop & Lewith, 2010; Canaway & Manderson, 2013; Pedersen et al., 2009; Brown et al., 2007; Carvalho et al., 2012; Martinez, 2009; Bertomoro et al., 2010). Entretanto, no caso da presente pesquisa, é necessário reconhecer o viés de aplicação dos questionários, que foi divulgado entre muitos Programas de Pós-graduação e Instituições de Ensino Superior.

No que tange ao estado civil, a maioria da amostra é composta por pessoas casadas, representando exatamente metade das respostas (50%), seguido daqueles que se intitularam como solteiros (33,63%). Além disso, ao analisar a totalidade das respostas recebidas, verificou-se que a maioria dos respondentes se originou do Estado de Minas Gerais (54,86%), seguido do Rio Grande do Sul (15,92%) e de São Paulo (11,94%). Os Estados do Paraná (3,53%), Distrito Federal (2,65%), Goiás (2,65%) e Santa Catarina (2,65%) também contaram com respondentes, mas em menor quantidade.

Finalmente, em relação à renda, verificou-se a maioria dos respondentes (34,96%) apresentaram renda entre R\$3.636,01 até R\$7.272,00, seguido daqueles com renda entre R\$1.212,01 até R\$3.636,00, com 17,26% das respostas; e daqueles com renda entre R\$7.272,01 até R\$10.908,00 (15,04%).

6.1.2 Dados comportamentais

Apresentadas as características demográficas da amostra, nesta subseção serão apresentados os aspectos comportamentais dos indivíduos que fizeram parte deste estudo, em termos de: nível de conhecimento das PICS; práticas utilizadas; ser ou não portador de doenças crônicas; prática de exercícios físicos; fatores influenciadores e inibidores do uso das PICS; e conhecimento de pessoas próximas que mantém uso das PICS.

A Tabela 2 indica que quase metade da amostra (46,9%) já é familiarizada com as práticas integrativas há sete anos ou mais, observou-se também que 31,8% dos respondentes conheceram as PICS em um período mais recente de até 3 anos.

Tabela 2

Primeiro uso das PICS

Primeiro uso das PICS	Frequência	Porcentagem (%)
Há menos de um ano.	38	16,8%
Entre 1 ano e menos de 3 anos.	34	15,0%
Entre 3 anos e menos de 5 anos.	29	12,8%
Entre 5 anos e menos de 7 anos.	19	8,4%
Há 7 anos ou mais.	106	46,9%
Total	226	100,0%

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Buscou-se verificar também quais práticas os respondentes já utilizaram, lembrando que para ser apto a responder à pesquisa a pessoa deveria ter consumido pelo menos uma das três práticas: homeopatia, acupuntura ou reiki. Essas foram as três mais utilizadas pelos respondentes com, respectivamente, 61,95%, 63,27% e 76,99% de uso para cada uma dessas PICS, conforme pode ser observado na Tabela 3. Dentre o restante das práticas, a Fitoterapia foi a que teve maior índice de uso, com 40,71% dos respondentes já tendo utilizado.

Tabela 3

Utilização das PICS

Prática Integrativa	Frequência	Porcentagem em relação à amostra total
Reiki	174	76,99%
Acupuntura	143	63,27%
Homeopatia	140	61,95%
Fitoterapia	92	40,71%
Antroposofia	17	7,52%
Ioga	8	3,54%
Aromaterapia	5	2,21%

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Ademais, os respondentes foram convidados a relatar sobre a presença de alguma condição de saúde que envolvesse doença crônica, tendo em vista que o tema emergiu na pesquisa exploratória e é reforçado, ainda, por alguns autores que indicam um aumento no uso das PICS por pessoas com estado de saúde debilitado ou a presença de doenças crônicas (Bell et al., 2006; Davis et al., 2011; Naja et al., 2015; Canaway & Manderson, 2013; Bertomoro et al., 2010). Na amostra analisada foi possível observar que a maioria dos respondentes não são portadores de doenças crônicas, conforme Tabela 4.

Tabela 4

Respondentes portadores de doenças crônicas

Doença Crônica	Frequência	Porcentagem (%)
Total	226	100,00%
Nenhuma	170	75,22%
Hipertensão	21	9,29%
Outras	19	8,41%
Asma	9	3,98%
Diabetes	4	1,77%
Hipotireoidismo	3	1,33%

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Dentre aqueles que citaram condições específicas de saúde, o que mais se destacou foi a hipertensão, com 9,29% de pessoas portadoras, seguida da asma (3,98%) e da diabetes (1,77%). Na categoria “Outras”, foram citadas condições diversas, que não houve possibilidade de agrupamento.

O uso das PICS também pode estar relacionado a mudanças de comportamento no sentido de incorporação de novos hábitos, como a atividade física (Williams-Piehotá et al., 2012), que é mais evidente quando os consumidores utilizam das práticas integrativas para promover a saúde, e não simplesmente para tratar alguma doença (Davis, 2011). Dessa forma, o uso das PICS pode contribuir com um aumento da frequência de exercícios físicos. Na amostra analisada, a maioria dos respondentes realizam atividade física (75,2%), sendo que se destacam aqueles que se exercitam entre três e quatro vezes por semana (32,7%) – Tabela 5.

Além disso, verificou-se o círculo social dos respondentes, tendo em vista a importância da influência interpessoal no consumo desses serviços (Loquai et al., 2017; Murthy et al., 2015; Palinkas & Kabongo, 2000). De fato, foi percebido que mais de 90% da amostra tem pelo menos uma pessoa do seu círculo social mais próximo que faz uso das PICS, destacando-se aquele grupo que possui cinco pessoas ou mais (42,5%) – Tabela 6.

Tabela 5

Frequência de prática de atividade física

	Frequência	Porcentagem (%)
Não.	56	24,8%
Sim, de 1 a 2 vezes por semana.	61	27,0%
Sim, de 3 a 4 vezes por semana.	74	32,7%
Sim, de 5 a 6 vezes por semana.	29	12,8%
Sim, todos os dias da semana.	6	2,7%
Total	226	100,0%

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Tabela 6

Círculo social consumidor de PICS

	Frequência	Porcentagem (%)
Nenhuma.	17	7,5%
Uma pessoa.	27	11,9%
De 2 a 4 pessoas.	86	38,1%
5 ou mais pessoas.	96	42,5%
Total	226	100,0%

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Finalmente, buscou-se avaliar autodeclarações dos respondentes no que se refere aos fatores influenciadores e inibidores do consumo das PICS, sendo representados na Tabela 7.

Tabela 7

Fatores autodeclarados como influenciadores e inibidores do uso das PICS

Fatores Influenciadores	Frequência	Porcentagem (%)
Sensação de bem-estar.	163	72,12%
Experimentar novas formas de cuidar da saúde.	97	42,92%
Maior controle da minha saúde.	81	35,84%
Menos efeito colaterais.	73	32,30%
Insatisfação com tratamentos convencionais.	62	27,43%
Procedimentos menos invasivo.	57	25,22%
Indicação de pessoas próximas.	47	20,80%
Outros	14	6,19%
Melhor relacionamento com o profissional de saúde.	12	5,31%
Fatores Inibidores	Frequência	Porcentagem
Preço alto	167	73,89%
Falta de acesso a esse tipo de serviço no local onde reside.	82	36,28%
Percepção de resultado insatisfatório	80	35,40%
Falta de evidências científicas que comprovem a eficácia das PICS	30	13,27%
Outros	12	5,31%

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Dentre os fatores que mais influenciam a amostra analisada, se destacaram a sensação de bem-estar provocada pelo uso das PICS (72,1%); experimentar novas formas de cuidar da saúde (42,9%); e ter maior controle sobre a própria saúde (35,8%). É interessante citar, ainda, que algumas pessoas acrescentaram suas percepções no campo “Outros”, informando aspectos como: equilíbrio/conexão consigo, saúde mental, complemento aos tratamentos convencionais e prevenção. Já no que tange aos fatores que podem inibir o uso das PICS, aquele que mais se destacou foi o preço elevado (73,9%). Esses aspectos ainda foram reforçados no campo aberto ‘Outros’, onde alguns participantes destacaram a questão financeira, a demora de percepção de resultados e a falta de competência dos profissionais.

Diante dos pontos discutidos, é possível verificar que muitos dos aspectos comportamentais corroboram com o que tem sido encontrado na literatura sobre o uso das PICS.

6.1.3 Análise Descritiva das Variáveis dos Construtos

A seguir são apresentadas as estatísticas descritivas para as variáveis que compõem os construtos utilizados no modelo teórico proposto, sendo eles: alfabetização em saúde (ALF); confiança no profissional de saúde (CONF); empoderamento (EMP); bem-estar, que é apresentado considerando as dimensões relacionamento (B_RE), emoções positivas (B_EM), comprometimento (B_CO), ausência de emoções negativas (B_AU), e significado e realização (B_SR); influência interpessoal (INF); atitude (ATIT); intenção de compra (INT); espiritualidade (ESP); abertura à experimentação (ABE); e etnocentrismo (ETN) – Tabela 8.

Tabela 8

Análise descritiva das variáveis

	Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
ALF1	Encontrar informações sobre tratamentos de doenças que o preocupam.	226	5,02	1,53	1,00	7,00
ALF2	Descobrir onde obter ajuda profissional quando estou doente.	226	5,19	1,47	1,00	7,00
ALF3	Entender o que o profissional de saúde diz para você.	226	5,73	1,15	2,00	7,00
ALF4	Compreender as instruções do profissional de saúde sobre como tomar um medicamento.	226	5,92	1,14	1,00	7,00
ALF5	Julgar quando você pode precisar obter uma segunda opinião de outro profissional.	226	4,76	1,55	1,00	7,00
ALF6	Usar as informações que o profissional de saúde lhe dá para tomar decisões sobre sua doença.	226	5,23	1,40	1,00	7,00
ALF7	Seguir as instruções do profissional de saúde.	226	5,33	1,39	1,00	7,00

	Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
ALF8	Encontrar informações sobre como gerenciar problemas de saúde mental, como estresse ou depressão.	226	4,76	1,68	1,00	7,00
ALF9	Entender por que você precisa de exames de saúde.	226	5,85	1,24	2,00	7,00
ALF10	Entender as consequências sobre comportamentos como fumar, pouca atividade física e beber demais.	226	6,11	1,24	1,00	7,00
ALF11	Julgar se as informações sobre riscos à saúde na mídia são confiáveis.	226	4,29	1,74	1,00	7,00
ALF12	Decidir como você pode se proteger de doenças com base em informações na mídia.	226	4,43	1,68	1,00	7,00
ALF13	Descobrir atividades que são boas para o seu bem-estar mental.	226	5,47	1,33	1,00	7,00
ALF14	Compreender os conselhos sobre saúde de familiares ou amigos.	226	4,86	1,52	1,00	7,00
ALF15	Entender as informações na mídia sobre como ficar mais saudável.	226	4,99	1,51	1,00	7,00
ALF16	Julgar qual comportamento cotidiano está relacionado à sua saúde.	226	5,04	1,49	1,00	7,00
CONF1_R	Eu duvido que o profissional de saúde realmente se importe comigo como pessoa.	226	5,72	1,50	1,00	7,00
CONF2	O profissional de saúde geralmente considera as minhas necessidades e as coloca em primeiro lugar.	226	5,17	1,58	1,00	7,00
CONF3	Confio tanto no profissional de saúde que procuro sempre seguir os seus conselhos.	226	5,42	1,24	1,00	7,00
CONF4	Se o profissional de saúde me diz que algo é assim, então deve ser verdade.	226	4,69	1,49	1,00	7,00
CONF5_R	Às vezes desconfio da opinião do profissional de saúde e gostaria de uma segunda opinião.	226	3,73	1,58	1,00	7,00
CONF6	Eu confio nos julgamentos do profissional de saúde sobre meus cuidados.	226	5,47	1,20	1,00	7,00
CONF7_R	Sinto que o profissional de saúde não faz tudo o que deveria para o meu atendimento.	226	4,84	1,79	1,00	7,00
CONF8	Confio no profissional de saúde para colocar as minhas necessidades médicas acima de todas as outras preocupações.	226	4,95	1,55	1,00	7,00
CONF9	Meu profissional de saúde é um verdadeiro especialista em cuidar de problemas médicos como os meus.	226	5,41	1,36	1,00	7,00
CONF10	Confio no profissional de saúde para me dizer se houve algum erro no meu tratamento.	226	5,27	1,48	1,00	7,00
CONF11_R	Às vezes me preocupo com a possibilidade do profissional não manter o sigilo das minhas informações.	226	4,91	1,93	1,00	7,00
EMP1	Eu sinto que tenho controle sobre a minha saúde.	226	4,75	1,44	1,00	7,00
EMP2	Eu sei o que fazer para lidar com questões sobre a minha saúde.	226	5,13	1,36	1,00	7,00
EMP3	Eu acredito que a minha saúde vai melhorar.	226	6,14	1,07	1,00	7,00
EMP4	Eu me sinto cada vez mais defensor dos meus próprios pontos de vista.	226	5,54	1,37	1,00	7,00
EMP5	Eu tenho técnicas que posso usar quando tenho problemas com a minha saúde.	226	5,61	1,46	1,00	7,00
B_RE1	Tenho a sensação de que o profissional de saúde está interessado em minhas queixas.	226	5,65	1,36	1,00	7,00
B_RE2	Confio no meu profissional de saúde.	226	5,88	1,07	1,00	7,00
B_RE3	Durante o atendimento, sinto que sou levado a sério.	226	6,11	1,13	1,00	7,00
B_RE4	Durante o atendimento, sou tratado com justiça.	226	6,00	1,09	1,00	7,00

	Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
B_EM1	Durante o atendimento, tenho um sentimento de felicidade.	226	5,60	1,39	1,00	7,00
B_EM2	Durante o atendimento, experimento sensações agradáveis.	226	5,89	1,33	1,00	7,00
B_EM3	Durante o atendimento, me sinto alegre.	226	5,57	1,37	1,00	7,00
B_CO1	Durante o atendimento, estou interessado.	226	6,23	0,94	3,00	7,00
B_CO2	Durante o atendimento, fico atento.	226	5,89	1,19	1,00	7,00
B_CO3	Durante o atendimento, fico comprometido.	226	6,09	1,10	1,00	7,00
B_AU1_R	Durante o atendimento, sinto-me estressado.	226	5,85	1,48	1,00	7,00
B_AU2_R	Durante todo o atendimento, tenho sentimentos negativos.	226	5,98	1,32	1,00	7,00
B_AU3_R	Durante o atendimento, fico envergonhado.	226	5,44	1,64	1,00	7,00
B_SR1	Ao longo do atendimento, sinto otimismo.	226	5,70	1,60	1,00	7,00
B_SR2	Tenho a sensação de que, ao usufruir do atendimento, fiz algo importante para mim.	226	6,13	1,28	1,00	7,00
B_SR3	Depois do atendimento, sinto como se tivesse alcançado algo.	226	5,61	1,54	1,00	7,00
INF1	A tendência de consumo de práticas integrativas entre as pessoas ao meu redor está aumentando.	226	5,56	1,40	1,00	7,00
INF2	As pessoas ao meu redor geralmente acreditam que é melhor para a saúde fazer uso das práticas integrativas.	226	4,72	1,60	1,00	7,00
INF3	Meus amigos próximos e familiares agradeceriam se eu consumisse das práticas integrativas.	226	4,74	1,68	1,00	7,00
INF4	Eu receberia todo o suporte necessário (dinheiro, tempo, informações relacionadas) de amigos e familiares para usar as práticas integrativas.	226	3,99	2,02	1,00	7,00
ESP1	Minha espiritualidade me dá uma sensação de realização.	226	5,84	1,52	1,00	7,00
ESP2	Eu mantenho uma consciência interior da presença de Deus em minha vida.	226	6,00	1,64	1,00	7,00
ESP3	Mesmo quando tenho problemas, posso encontrar uma paz espiritual dentro de mim.	226	5,61	1,51	1,00	7,00
ESP4	Tento fortalecer meu relacionamento com Deus.	226	5,80	1,68	1,00	7,00
ESP5	Manter minha espiritualidade é uma prioridade para mim.	226	5,81	1,53	1,00	7,00
ESP6	Deus me ajuda a superar meus problemas atuais.	226	5,80	1,71	1,00	7,00
ESP7	Minha espiritualidade me ajuda a entender o propósito da minha vida.	226	5,83	1,56	1,00	7,00
ESP8	Experimento uma profunda comunhão com Deus.	226	5,38	1,74	1,00	7,00
ABE1	Encaro situações desafiadoras como uma oportunidade de crescer e aprender.	226	5,96	1,26	1,00	7,00
ABE2	Estou sempre à procura de experiências que desafiem a forma como penso sobre mim e sobre o mundo.	226	5,35	1,52	1,00	7,00
ABE3	Procuró situações em que é provável que eu tenha que pensar profundamente sobre algo.	226	5,27	1,46	1,00	7,00
ABE4	Gosto de aprender sobre assuntos que não são familiares para mim.	226	5,87	1,22	1,00	7,00
ABE5	Acho fascinante aprender novas informações.	226	6,15	1,11	1,00	7,00
ETN1	Não importa o que aconteça, sempre apoiarei as pessoas da região em que vivo e nunca as decepcionarei.	226	4,08	1,74	1,00	7,00

	Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.
ETN2	É absolutamente vital que todos as pessoas da região em que vivo pensem e se comportem de forma unida.	226	3,97	1,89	1,00	7,00
ETN3	Geralmente prefiro fazer coisas com pessoas da região em que vivo do que com pessoas que vivem em outras regiões.	226	3,53	1,74	1,00	7,00
ETN4	Acredito que as pessoas da região em que vivo são melhores do que outros.	226	1,89	1,30	1,00	7,00
ETN5_R	Eu gosto da ideia de uma sociedade em que pessoas de regiões completamente diferentes se misturam livremente.	226	1,95	1,28	1,00	7,00
ETN6_R	Devemos sempre ter consideração pelo bem-estar das pessoas que vivem em regiões diferentes da nossa, mesmo que, ao fazer isso, possamos perder alguma vantagem sobre eles.	2,17	1,41	1,00	7,00	65,11
ATI1	Eu gosto das práticas integrativas.	226	6,33	1,10	1,00	7,00
ATI2	Eu me sinto positivo em relação às práticas integrativas.	226	6,20	1,14	1,00	7,00
ATI3	As práticas integrativas são úteis e atrativas.	226	6,23	1,11	1,00	7,00
ATI4	As práticas integrativas são boas.	226	6,36	1,07	1,00	7,00
INT1	É muito provável que eu consuma as práticas integrativas.	226	6,27	1,16	1,00	7,00
INT2	Estou muito disposto a consumir as práticas integrativas.	226	6,20	1,21	1,00	7,00
INT3	Estou muito propenso a consumir as práticas integrativas.	226	6,20	1,18	1,00	7,00

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Em relação à alfabetização em saúde (ALF), primeiro construto apresentado na Tabela 8, percebe-se que os valores, de modo geral, estão acima da média. Aqueles que apresentaram maiores médias referem-se a ideias semelhantes, no sentido de compreensão de instruções médicas e consciência sobre comportamentos nocivos à própria saúde. Assim, entende-se que na amostra pesquisada, as pessoas tendem a buscar informações sobre sua própria saúde, assim como indicado por alguns autores (Barnes et al. 2019; Owen-Smith et al. (2012).

Os itens do construto de confiança no profissional de saúde (CONF) também apresentaram médias elevadas, mesmo contendo itens reversos, isto é, com sentido contrário ao restante. A única variável (reversa) que manteve nível mais baixo (3,73) foi a CONF5_R, que corresponde à questão “às vezes desconfio da opinião do profissional de saúde e gostaria de uma segunda opinião”. De modo geral, também se verifica uma tendência dos respondentes de valorizarem o relacionamento e a confiança nos profissionais de saúde integrativa.

Resultados semelhantes foram identificados no construto empoderamento (EMP), com todos os itens medindo acima de 4,50, com destaque para a variável EMP3, com 6,14, sugerindo que as pessoas que participaram desta pesquisa acreditam que conseguem ter um poder

significativo sobre suas próprias condições de saúde, fazendo com que elas estejam sempre em busca de formas que proporcionem isso a elas.

O bem-estar também foi um construto que apresentou todas as médias elevadas (acima de 5,00), inclusive os itens reversos (B_AU1_R, B_AU2_R e B_AU3_R).

Em relação à influência interpessoal, conforme indicado pela literatura e na pesquisa exploratória, as médias de todos os itens foram elevadas, indicando que os participantes podem sofrer influência significativa de pessoas próximas no que se refere ao uso das PICS. Foi possível perceber apenas um item (INF4) que ficou com média inferior (3,99), se referindo ao recebimento de suporte necessário (dinheiro, tempo e informações relacionadas) advindos de amigos e familiares para usar as práticas integrativas. Isso pode indicar que as pessoas, apesar de se sentirem instigadas por outras do seu círculo social, não acreditam que receberiam qualquer incentivo daquelas para que consumam as PICS.

Na sequência, são apresentados os resultados de outros dois construtos com resultados bem similares e com médias altas, são eles a espiritualidade (ESP) e a abertura à experiência (ABE), reforçando os autores (Mao et al., 2010; Smith et al., 2008). Destaque para a variável ESP2, que apresentou a maior média do construto, representando a consciência da presença de Deus na vida desses indivíduos, e o item ABE5, cuja média foi 6,15 e relaciona-se com o aprendizado de novas informações.

Já o construto etnocentrismo (ETN), ligado aos aspectos da regionalidade, não apresentou médias significativas na maioria dos itens, indicando que, talvez, a escala escolhida para medir o grau de envolvimento das pessoas com determinada região não foi a mais adequada ao contexto aplicado, ou que essa não é uma característica marcante para a amostra.

Finalmente, os construtos de atitude (ATI) e intenção de compra (INT) em relação às práticas integrativas, apresentaram valores elevados (todos acima de 6,00), sugerindo uma inclinação para uma atitude positiva e uma intenção de consumir os serviços relacionados às PICS.

6.2 Análise Fatorial Exploratória

A etapa de Análise Fatorial Exploratória foi realizada em dois construtos do modelo proposto neste estudo, devido ao alto número de variáveis que os compõem, sendo eles: alfabetização em saúde (ALF) e confiança no profissional de saúde (CONF).

Foram realizados os testes KMO e Barlett de esfericidade, assim como a matriz de componente rotativa. Os valores do KMO variam entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo

de 1, mais adequada é a amostra para a aplicação da análise fatorial. O teste de Barlett testa a hipótese nula de que a matriz de correlação original é uma matriz de identidade, implicando uma não correlação entre os dados. Testes significativos ($p \leq 0,05$) indica a existência de algumas relações entre as variáveis que se espera incluir na análise. Finalmente, a análise das cargas fatoriais da matriz de componente rotativa possibilitou identificar e realizar o agrupamento dos fatores mais adequados para a análise.

6.2.1 Alfabetização em Saúde

Para o construto ‘alfabetização em saúde’, o KMO apresentou valor de 0,866, com Teste de Barlett significativo (sig. = 0,000), indicado que a análise fatorial é apropriada – Tabela 9.

Tabela 9

Teste KMO Alfabetização em Saúde

Teste de KMO e Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		0,866
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	1255,042
	gl	120
	Sig.	0,000

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Com 16 variáveis, após as análises do construto ‘alfabetização em saúde’, foi verificado que o mesmo se dividiu em quatro fatores ou componentes, conforme apresentado na Tabela 10. Cada fator foi definido observando-se as maiores cargas fatoriais dentro de cada um deles. Esses valores encontram-se destacados na tabela para facilitar a identificação das variáveis que compõem cada componente/fator.

O Fator 1 foi denominado de ‘Busca por Informações’, pelo fato das variáveis que o compõem (ALF1, ALF2, ALF5, ALF8, ALF13 e ALF16), estarem relacionadas aos processos de obtenção de informações sobre tratamentos, ou de ajuda profissional, ou de atividades que beneficiem seu próprio bem-estar. Já o Fator 2, foi chamado de ‘Uso das Informações’, pois relaciona-se diretamente com a maneira que os indivíduos utilizam o conhecimento obtido para tomar as decisões sobre sua própria condição de saúde. O Fator 3, classificado de ‘Compreensão das informações’, trata de questões do entendimento e julgamento das informações obtidas de fontes diversas e externas ao ambiente de saúde, como a mídia e amigos e/ou familiares. Por fim, as variáveis ALF9 e ALF10 formaram o fator denominado ‘Consequência na Saúde’,

indicando uma consciência da necessidade de exames e de comportamentos novos à própria saúde.

Tabela 10

Componentes Alfabetização em Saúde

	Componente			
	1	2	3	4
ALF1	0,613	0,449	0,070	0,154
ALF2	0,521	0,354	0,292	0,067
ALF3	0,222	0,165	0,660	0,218
ALF4	-0,032	0,237	0,648	0,367
ALF5	0,753	0,131	0,210	0,008
ALF6	0,463	0,114	0,521	0,206
ALF7	0,263	-0,002	0,769	0,005
ALF8	0,645	0,304	0,071	0,219
ALF9	0,259	-0,064	0,174	0,796
ALF10	0,158	0,129	0,167	0,835
ALF11	0,289	0,592	0,086	0,087
ALF12	0,102	0,869	-0,045	-0,009
ALF13	0,640	-0,076	0,222	0,224
ALF14	0,266	0,459	0,378	-0,050
ALF15	0,068	0,785	0,273	0,064
ALF16	0,503	0,367	0,164	0,302

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 7 iterações.

6.2.2 Confiança no Profissional de Saúde

Procedeu-se da mesma forma para o construto ‘confiança no profissional de saúde’. O KMO apresentou valor de 0,863, com Teste de Barlett significativo (sig. = 0,000), indicando a adequação da Análise Fatorial Exploratória.

Tabela 11

Teste KMO Confiança no Profissional de Saúde

Teste de KMO e Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		0,863
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	674,894
	Gl	55
	Sig.	0,000

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Com relação à matriz de componentes, conforme pode ser verificado na Tabela 12, as 11 variáveis que fazem parte deste construto deveriam ser divididas em dois fatores. Entretanto, o que se observou foi uma separação daqueles itens considerados reversos, com sentido contrário. Isso sugere a dificuldade de compreensão no momento de resposta dessas variáveis do instrumento de coleta, por esse motivo optou-se por apenas excluir esses itens e proceder com as análises sem as variáveis reversas.

Tabela 12

Componentes da Confiança no Profissional de Saúde

	Componente	
	1	2
CONF1_r	0,273	0,726
CONF2	0,634	0,386
CONF3	0,732	0,315
CONF4	0,677	-
		0,017
CONF5_r	0,105	0,471
CONF6	0,671	0,334
CONF7_r	0,076	0,756
CONF8	0,704	0,065
CONF9	0,699	0,061
CONF10	0,673	0,161
CONF11_r	0,054	0,580

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Método de Extração: análise de Componente Principal.

Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

a. Rotação convergida em 3 iterações.

6.3 Modelagem de Equações Estruturais

Após essas adequações realizadas por meio da Análise Fatorial Exploratória, foi realizada a Modelagem de Equações Estruturais. O software utilizado para a realização das análises foi o SmartPLS4.

6.3.1 Modelos de Segunda Ordem

Inicialmente, para que fosse possível testar o modelo geral proposto (conforme apresentado na Figura 9), foi necessária uma etapa anterior de ajuste de dois modelos de ordem superior identificados nos construtos de alfabetização em saúde (ALF) e bem-estar (B_ESTAR).

Um modelo de mensuração de primeira ordem explica as relações entre os construtos simplesmente estimando cada uma delas diretamente, via elementos livres em uma matriz de covariância/correlação de construtos (setas em dois sentidos). Em contrapartida, um modelo de segunda ordem explica covariação entre construtos especificando outro fator de ordem superior ou fatores que causam fatores de primeira ordem. O seja, os fatores de primeira ordem agora atuam como indicadores do fator de segunda ordem (Sarstedt et al., 2019).

Sendo assim, no caso da Alfabetização em Saúde, devido à própria natureza da escala ser distinta em sua origem (perguntas de muito fácil a muito difícil, e não Likert), optou-se pela análise fatorial exploratória, conforme abordado na seção anterior, chegando-se ao agrupamento dos indicadores em quatro dimensões, sendo elas: ‘Busca por informações’, ‘Uso das informações’, ‘Compreensão das informações’ e ‘Consequência na saúde’.

Procedeu-se, assim, com a análise desses modelos de segunda ordem considerando a abordagem de dois estágios, conforme abordado por Sarstedt et al. (2019). Inicialmente, o construto é analisado como um modelo saturado (FIGURA 10). Observa-se que os indicadores de ALF foram divididos nas quatro dimensões indicadas pela AFE. A partir disso, saturou-se o modelo afim de extrair os *scores* dos construtos do modelo e adicioná-los como novas variáveis ao conjunto de dados.

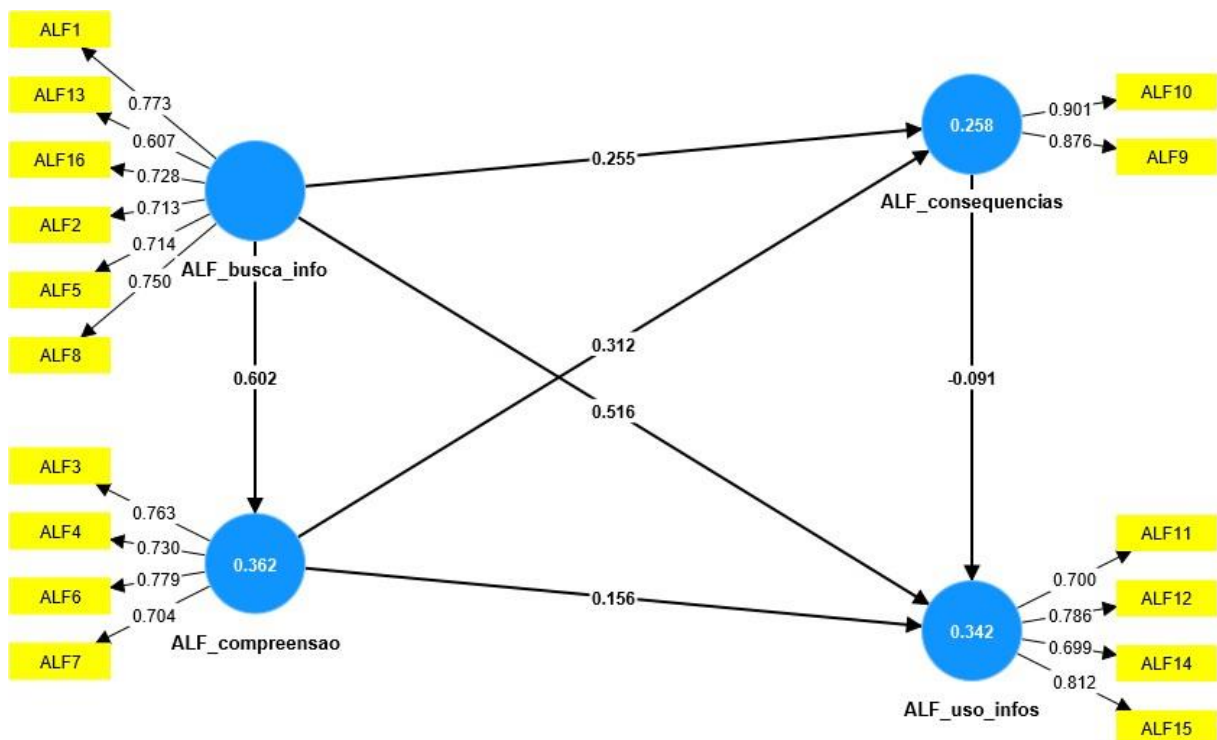


Figura 10. Modelo saturado

Fonte: elaborada pela autora.

Para isso, foi realizada a análise de todos os parâmetros do modelo de mensuração, para certificar de que eles atendem aos critérios estabelecidos para serem incluídos na base de dados. Com relação à confiabilidade e validade convergente, é possível verificar que todas as dimensões atendem aos critérios.

Tabela 13

Validade convergente e AVE

	Alfa de Cronbach	CC	AVE
ALF_busca_info	0,808	0,863	0,513
ALF_compreensao	0,733	0,832	0,554
ALF_consequencias	0,734	0,882	0,789
ALF_uso_infos	0,741	0,837	0,564

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

A verificação dos critérios de validade discriminante foram todos satisfatórios e devidamente atendidos, conforme pode ser verificado com a análise de Fornell-Larcker (Tabela 14), *cross loadings* (Tabela 15) e o HTMT (Tabela 16). Segundo o critério Fornell-Lacker, a raiz quadrada da variância média extraída por um construto deve ser maior que a correlação entre o construto e qualquer outro construto (apresentado na Tabela em negrito). Uma vez satisfeita esta condição, a validade discriminante por este critério foi estabelecida. Para a análise das cargas cruzadas (*cross loadings*), todos os itens devem ter carga fatorial mais alta em sua variável latente, em comparação com outra variável latente qualquer. Finalmente, a correlação desanetuada, ou abordagem da razão HeterotraçoMonotraço (HTMT), de Henseler (2020), que estima a correlação verdadeira entre dois construtos se eles fossem perfeitamente mensurados, confiáveis, tendo em vista que valores maiores que 1 indicam que não há validade discriminante (Henseler; Ringle; Sarstedt, 2015).

Tabela 14

Fornell-Lacker

	ALF_busca_info	ALF_compreensao	ALF_consequencias	ALF_uso_infos
ALF_busca_info	0,716			
ALF_compreensao	0,602	0,745		
ALF_consequencias	0,442	0,465	0,888	
ALF_uso_infos	0,570	0,425	0,210	0,751

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Tabela 15

Cargas Cruzadas

	ALF_busca_info	ALF_uso_infos	ALF_compreensao	ALF_consequencias
ALF1	0,773	0,485	0,413	0,297
ALF13	0,607	0,240	0,403	0,367
ALF16	0,728	0,470	0,434	0,373
ALF2	0,713	0,441	0,476	0,277
ALF5	0,714	0,361	0,459	0,271
ALF8	0,750	0,420	0,399	0,321
ALF11	0,442	0,700	0,335	0,179
ALF12	0,371	0,786	0,172	0,066
ALF14	0,444	0,699	0,363	0,194
ALF15	0,436	0,812	0,369	0,171
ALF3	0,464	0,336	0,763	0,359
ALF4	0,354	0,292	0,730	0,354
ALF6	0,555	0,343	0,779	0,383
ALF7	0,389	0,286	0,704	0,280
ALF10	0,401	0,234	0,418	0,901
ALF9	0,384	0,135	0,408	0,876

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Tabela 16

HeterotraçoMonotraço - HTMT

	ALF_busca_info	ALF_compreensao	ALF_consequencias
ALF_compreensao	0,769		
ALF_consequencias	0,577	0,629	
ALF_uso_infos	0,721	0,557	0,277

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Por fim, os *scores* das variáveis latentes de cada uma das quatro dimensões especificadas foram transferidos para a base de dados original. Sendo assim, elas foram usadas como indicadores do construto de ordem superior 'ALF'.

Para o construto 'Bem-Estar' foram seguidos os mesmos passos. Cabe ressaltar que, neste caso, a própria literatura utilizada já indicava que o mesmo se apresentava como um construto de segunda ordem, pelo fato de o mesmo possuir cinco dimensões para serem capazes de mensurá-lo. A Figura 11 apresenta o modelo de B_ESTAR saturado.

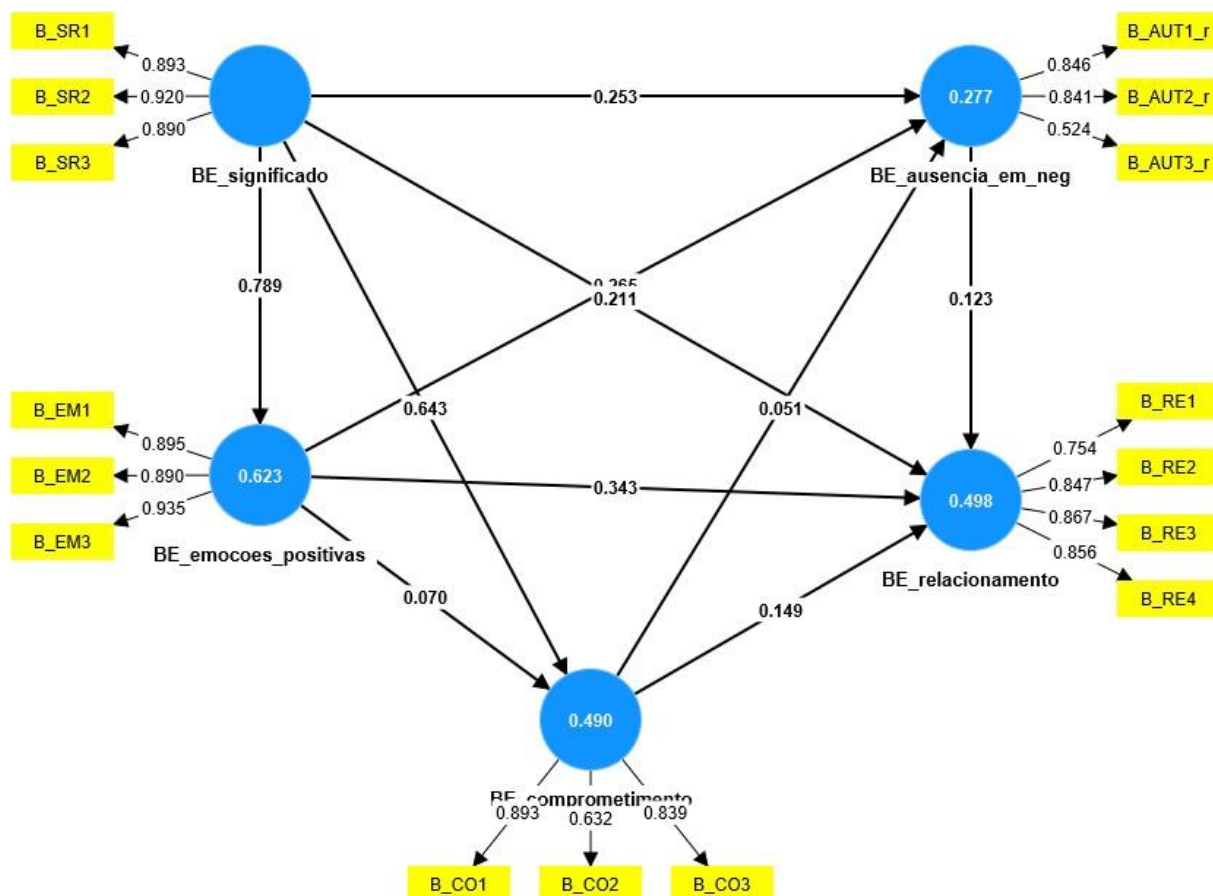


Figura 11. Modelo de bem-estar saturado

Fonte: elaborada pela autora.

Da mesma forma, inicialmente já é possível perceber que todos os indicadores relacionados às respectivas dimensões apresentaram cargas fatoriais satisfatórias, com a maioria acima de 0,7. Assim, procedeu-se com a análise dos critérios do modelo de mensuração.

Os parâmetros do modelo de mensuração foram aferidos (Tabela 17) para certificar de que eles atendem aos critérios estabelecidos para serem incluídos na base de dados. Em relação à confiabilidade e validade convergente, é possível verificar que todas as dimensões atendem aos critérios.

Tabela 17

Parâmetros do modelo de mensuração

	Alfa de Cronbach	CC	AVE
BE_ausencia_em_neg	0,620	0,790	0,566
BE_comprometimento	0,723	0,836	0,634
BE_emocoes_positivas	0,892	0,933	0,823
BE_relacionamento	0,852	0,900	0,692
BE_significado	0,884	0,929	0,812

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

A verificação dos critérios de validade discriminante foram todos satisfatórios e devidamente atendidos, conforme pode ser verificado com a análise de Fornell-Larcker (Tabela 18), *cross loadings* (Tabela 19) e o HTMT (Tabela 20).

Tabela 18

Fornall-Lacker

	BE_aus_ em_neg	BE_comprom	BE_em_posit	BE_relaci	BE_sig
BE_aus_em_neg	0,752				
BE_comprom	0,381	0,796			
BE_em_posit	0,494	0,578	0,907		
BE_relaci	0,454	0,541	0,656	0,832	
BE_sig	0,498	0,699	0,789	0,647	0,901

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Tabela 19

Cargas Cruzadas

	BE_aus_em_ neg	BE_comprom	BE_em_posit	BE_relaci	BE_sig
B_AUT1_r	0,846	0,325	0,442	0,412	0,421
B_AUT2_r	0,841	0,341	0,422	0,365	0,479
B_AUT3_r	0,524	0,148	0,193	0,213	0,130
B_CO1	0,403	0,893	0,610	0,548	0,692
B_CO2	0,116	0,632	0,280	0,185	0,327
B_CO3	0,304	0,839	0,411	0,453	0,558
B_EM1	0,404	0,481	0,895	0,548	0,686
B_EM2	0,490	0,541	0,890	0,655	0,729
B_EM3	0,446	0,546	0,935	0,576	0,729
B_RE1	0,341	0,273	0,419	0,754	0,378
B_RE2	0,328	0,433	0,549	0,847	0,564
B_RE3	0,379	0,531	0,599	0,867	0,597
B_RE4	0,456	0,514	0,588	0,856	0,575
B_SR1	0,454	0,629	0,749	0,590	0,893
B_SR2	0,491	0,629	0,706	0,616	0,920
B_SR3	0,399	0,631	0,677	0,540	0,890

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Tabela 20

HeterotraçoMonotraço - HTMT

	BE_aus_em_neg	BE_comprom	BE_em_posit	BE_relaci
BE_comprom	0,483			
BE_em_post	0,626	0,671		
BE_relaci	0,599	0,610	0,739	
BE_sig	0,614	0,821	0,887	0,730

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Os valores dos *scores* utilizados para a realização dos passos mencionados em ambos construtos estão devidamente discriminados no Apêndice D.

6.3.2 Modelo Proposto

O modelo proposto nesta tese foi elaborado com a extração das variáveis da teoria e do estudo exploratório realizado. A Figura 12 apresenta esse modelo, com suas respectivas cargas fatoriais, obtidas com o algoritmo PLS.

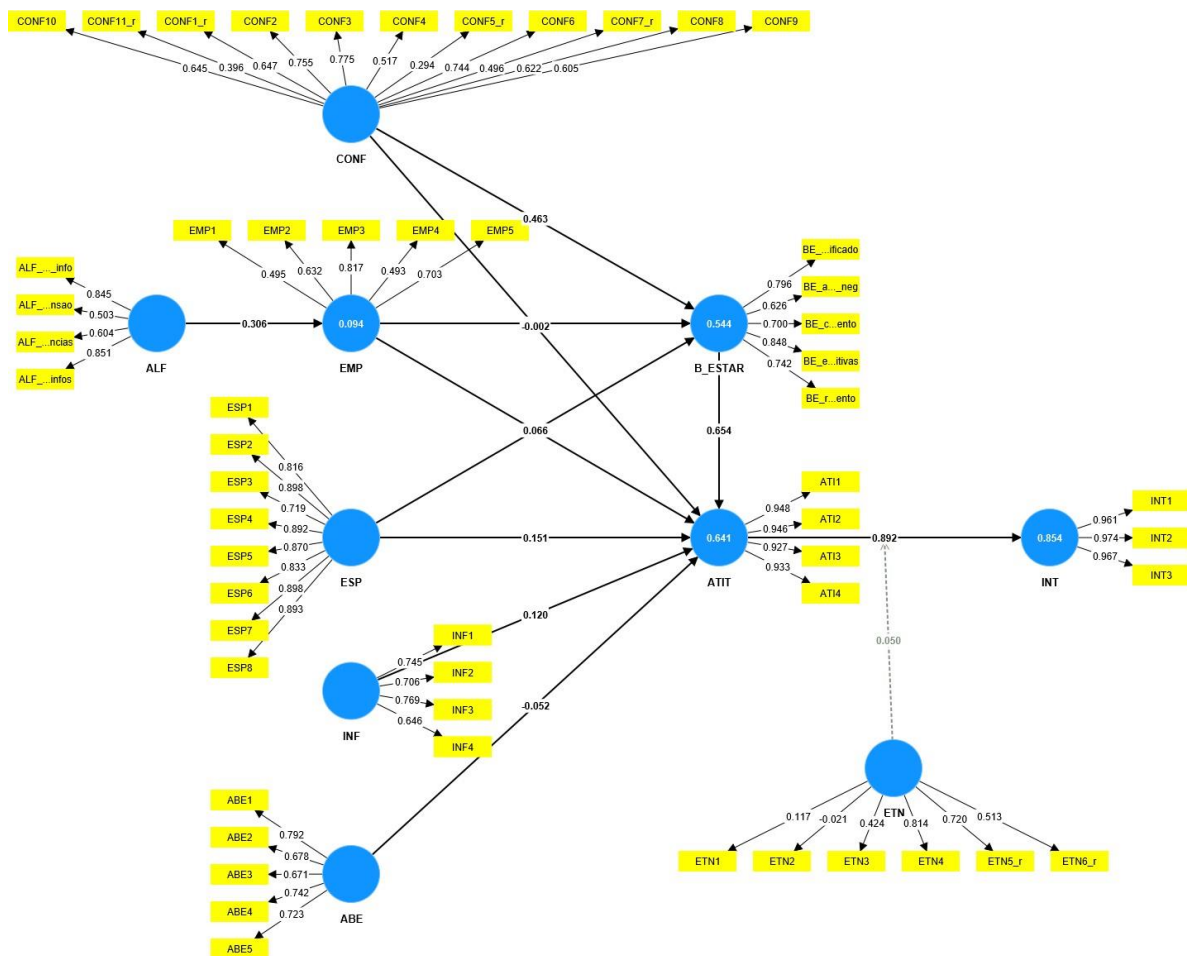


Figura 12. Modelo proposto sem ajustes

Fonte: elaborada pela autora.

Após a execução do algoritmo PLS e do *bootstrapping*, o modelo foi gerado com as cargas fatoriais de cada variável. Inicialmente, é possível perceber construtos com variáveis de carga fatorial baixa, ou seja, abaixo de 0,5. Conforme discutido na seção sobre a análise fatorial exploratória, o construto Confiança no profissional de saúde (CONF) apresentou três variáveis

nessa situação, sendo elas: CONF11_r, CONF5_r e CONF7_r. Nota-se que todas elas dizem respeito a itens reversos, isto é, que trazem ideias contrárias e/ou negativas ao que o construto propõe. Esses valores observados podem ser em função de uma dificuldade dos respondentes, no momento em que estavam respondendo às questões, de trocarem a linha de raciocínio e analisarem os itens em sua forma negativa.

Já com relação ao construto Empoderamento (EMP), as variáveis com menores cargas foram EMP1 e EMP4, que dizem respeito ao respondente perceber que possui controle sobre sua própria saúde e se sentir cada vez mais defensor de seus pontos de vista, respectivamente. Por fim, o construto Etnocentrismo (ETN) apresentou as menores cargas fatoriais do modelo, na metade de suas variáveis e uma delas bem próximo do limite inferior.

Os demais construtos obtiveram cargas fatoriais adequadas. Para que a visualização desses valores seja facilitada, a Tabela 21 mostra os ‘*Outer loadings*’ das variáveis dos construtos.

Tabela 21

Cargas Fatoriais

	ABE	ALF	ATIT	BESTAR	CONF	EMP	ESP	ETN	INF	INT
ABE1	0,792									
ABE2	0,678									
ABE3	0,671									
ABE4	0,742									
ABE5	0,723									
ALF_b_inf		0,845								
ALF_comp		0,503								
ALF_cons		0,604								
ALF_uso_inf		0,851								
ATI1			0,948							
ATI2			0,946							
ATI3			0,927							
ATI4			0,933							
BE_Sig				0,796						
BE_aus_em_neg				0,626						
BE_comp				0,700						
BE_em_pos				0,848						
BE_relaciona				0,742						
CONF10					0,645					
CONF11_r					0,396					
CONF1_r					0,647					
CONF2					0,755					
CONF3					0,775					

	ABE	ALF	ATIT	BESTAR	CONF	EMP	ESP	ETN	INF	INT
CONF4					0,517					
CONF5_r					0,294					
CONF6					0,744					
CONF7_r					0,496					
CONF8					0,622					
CONF9					0,605					
EMP1						0,495				
EMP2						0,632				
EMP3						0,817				
EMP4						0,493				
EMP5						0,703				
ESP1							0,816			
ESP2							0,898			
ESP3							0,719			
ESP4							0,892			
ESP5							0,870			
ESP6							0,833			
ESP7							0,898			
ESP8							0,893			
ETN1								0,117		
ETN2								-0,021		
ETN3								0,424		
ETN4								0,814		
ETN5_r								0,720		
ETN6_r								0,513		
INF1									0,745	
INF2									0,706	
INF3									0,769	
INF4									0,646	
INT1										0,961
INT2										0,974
INT3										0,967

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Após essa primeira análise, verificou-se que para ser possível assegurar a mensuração do modelo, os itens com carga fatorial abaixo de 0,5 devem ser removidos (AWANG, 2010). Dessa forma, as cargas fatoriais menores foram sendo retiradas do modelo, item a item e verificando os indicadores do modelo reespecificado. Após a remoção das variáveis CONF11_r, CONF5_r e CONF7_r verificou-se que o construto ‘Confiança no profissional de saúde’ alcançou o valor recomendado de medida da validade convergente (AVE), entretanto o Alfa de Cronbach ainda apresentava índice inferior a 0,6. Foi realizada uma tentativa de exclusão do próximo item com carga mais próxima a 0,5 (CONF4), porém mesmo assim o valor

não teve alteração significativa. Com isso, o CONF4 foi retornado e a exclusão do único item reverso restante (CONF1_r) foi feita, adequando assim todos os valores de validade e confiabilidade. Essa medida foi feita tendo em vista a análise fatorial exploratória, que apontou que os itens reversos divergiram de forma significativa do restante.

Igualmente ocorreu com o construto ‘Empoderamento’, após a remoção das variáveis EMP1 e EMP4. O único construto que mesmo após a exclusão das cargas fatoriais baixas continuou apresentando índices baixos de confiabilidade, foi o ‘Etnocentrismo’. Diante desse contexto, optou-se pela exclusão do construto, para que o mesmo não comprometesse o modelo proposto.

6.3.3 Modelo Reespecificado

Com isso, o modelo foi reespecificado, considerando essas alterações, conforme apresentado na Figura 13.

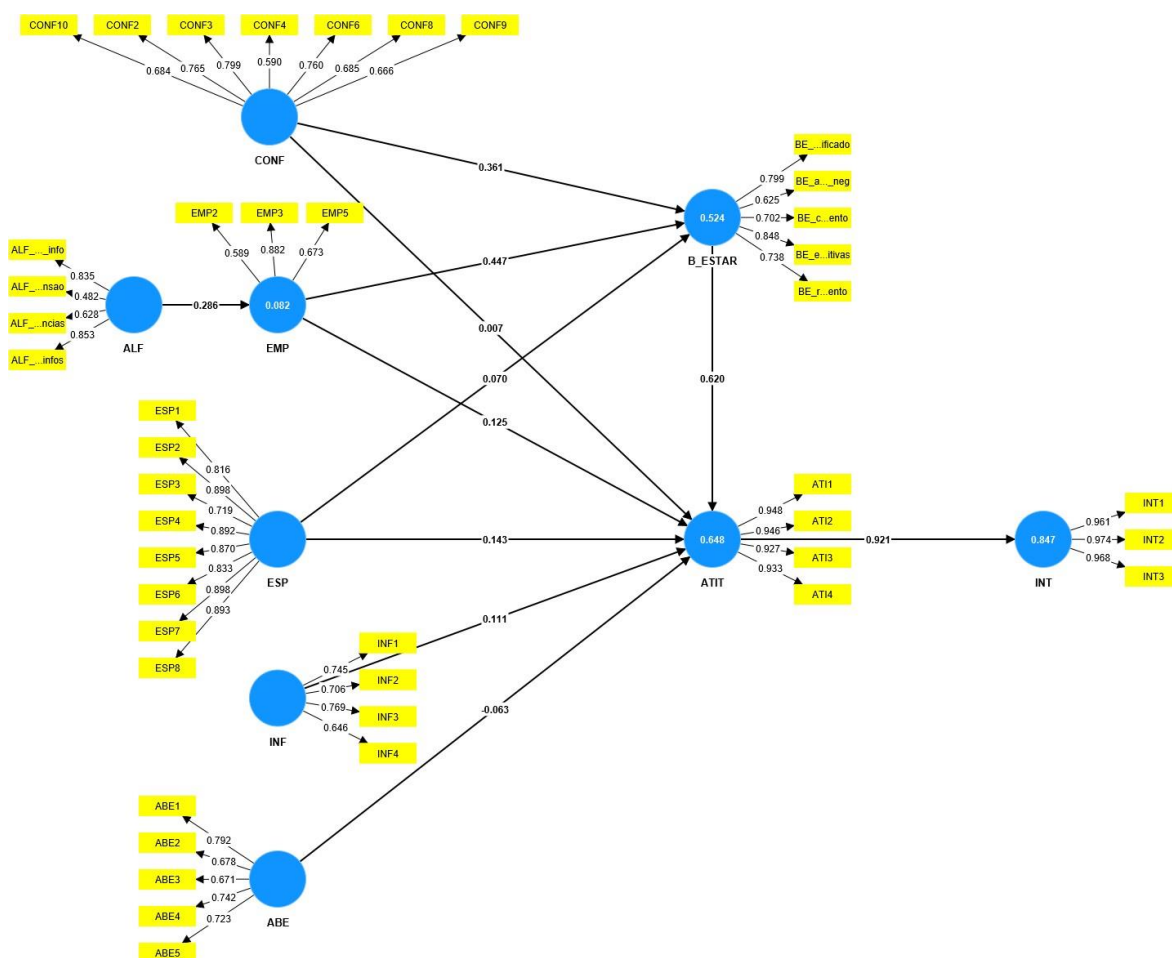


Figura 13. Modelo reespecificado

Fonte: elaborada pela autora.

6.4 Avaliação do modelo de mensuração

Prosseguiu-se, então, com a análise das métricas relacionadas à consistência interna e confiabilidade do modelo (Alfa de Cronbach e Confiabilidade Composta), assim como da validade convergente (AVE) – Tabela 22 – e validade discriminante (critério de Fornell Larcker, cargas cruzadas e HTMT) (Hair et al., 2017).

Tabela 22

Análise da confiabilidade e da Validade Convergente dos construtos

	Alfa de Cronbach	Conf. Composta	AVE
ABE	0,785	0,845	0,522
ALF	0,692	0,801	0,513
ATIT	0,955	0,967	0,881
B_ESTAR	0,797	0,862	0,557
CONF	0,836	0,876	0,504
EMP	0,606	0,764	0,526
ESP	0,946	0,956	0,730
INF	0,690	0,809	0,516
INT	0,966	0,978	0,936

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Para a análise dos indicadores, considerou-se os seguintes valores de referência: Alfa de Cronbach $> 0,6$ (Hair et al., 2009); Confiabilidade Composta $> 0,7$ (Fornell & Lacker, 1981); e Variância Média Extraída (AVE) $> 0,5$ (Sarstedt, 2005). Conforme exposto na Tabela 22, os dados da variância média extraída, confiabilidade composta e Alfa de Cronbach de todos os construtos atendem os critérios de referência, portanto foram mantidos.

Na sequência, a validade discriminante foi analisada, por meio de três indicadores: critério de Fornell-Larcker, cargas cruzadas (*cross loadings*) e o HTMT. No primeiro critério, a raiz quadrada da variância média extraída (AVE) de cada construto precisa ser maior do que a correlação com qualquer outro construto no modelo (Hair Jr et al., 2017). Na Tabela 23 a raiz quadrada da AVE está em destaque, possibilitando a melhor visualização e comparação com a correlação dos outros construtos.

Já com relação à validade discriminante, via cargas cruzadas, todos os itens devem apresentar carga fatorial mais alta em sua variável latente, em comparação com outra variável latente qualquer. A Tabela 24 indica que a amostra está adequada a esse parâmetro.

Tabela 23

Critério Fornall-Lacker

	ABE	ALF	ATIT	BESTAR	CONF	EMP	ESP	INF	INT
ABE	0,723								
ALF	0,161	0,716							
ATIT	0,335	0,183	0,939						
B_ESTAR	0,406	0,286	0,745	0,746					
CONF	0,304	0,334	0,508	0,589	0,710				
EMP	0,476	0,286	0,596	0,640	0,459	0,725			
ESP	0,335	0,088	0,433	0,367	0,338	0,392	0,854		
INF	0,331	0,121	0,432	0,397	0,442	0,403	0,289	0,718	
INT	0,275	0,157	0,920	0,706	0,447	0,538	0,405	0,409	0,967

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Tabela 24

Cargas cruzadas

	ABE	ALF	ATIT	BESTAR	CONF	EMP	ESP	INF	INT
ABE1	0,792	0,116	0,358	0,403	0,292	0,401	0,371	0,252	0,303
ABE2	0,678	0,074	0,113	0,148	0,126	0,205	0,244	0,114	0,073
ABE3	0,671	0,123	0,166	0,186	0,164	0,262	0,238	0,219	0,148
ABE4	0,742	0,146	0,154	0,247	0,180	0,344	0,139	0,169	0,121
ABE5	0,723	0,123	0,257	0,323	0,235	0,405	0,145	0,221	0,203
ALF_bus_inf	0,169	0,835	0,095	0,174	0,233	0,235	0,140	0,093	0,078
ALF_comp	0,013	0,482	0,003	0,025	0,246	0,052	0,047	0,045	0,011
ALF_consqs	0,083	0,628	0,184	0,257	0,156	0,151	0,108	0,082	0,156
ALF_uso_inf	0,130	0,853	0,184	0,277	0,336	0,279	0,011	0,114	0,163
ATI1	0,286	0,169	0,948	0,743	0,457	0,546	0,392	0,360	0,883
ATI2	0,327	0,156	0,946	0,732	0,510	0,588	0,438	0,350	0,863
ATI3	0,309	0,198	0,927	0,702	0,448	0,552	0,377	0,399	0,834
ATI4	0,335	0,165	0,933	0,732	0,491	0,553	0,416	0,402	0,875
BE_Sig	0,298	0,195	0,678	0,799	0,407	0,497	0,267	0,282	0,599
BE_au_em_neg	0,197	0,131	0,462	0,625	0,390	0,456	0,227	0,203	0,448
BE_comp	0,386	0,183	0,519	0,702	0,335	0,437	0,223	0,190	0,475
BE_em_pos	0,388	0,257	0,665	0,848	0,477	0,522	0,391	0,407	0,613
BE_relacion	0,239	0,285	0,542	0,738	0,578	0,472	0,241	0,249	0,479
CONF10	0,217	0,241	0,369	0,368	0,684	0,309	0,224	0,315	0,320
CONF2	0,265	0,212	0,418	0,558	0,765	0,454	0,227	0,358	0,386
CONF3	0,270	0,237	0,417	0,464	0,799	0,322	0,253	0,225	0,366
CONF4	0,104	0,112	0,207	0,234	0,590	0,159	0,238	0,222	0,155
CONF6	0,196	0,281	0,407	0,475	0,760	0,346	0,294	0,221	0,338
CONF8	0,195	0,241	0,342	0,375	0,685	0,296	0,259	0,342	0,323
CONF9	0,218	0,320	0,294	0,350	0,666	0,320	0,194	0,376	0,260
EMP2	0,286	0,331	0,134	0,223	0,267	0,589	0,195	0,114	0,098

	ABE	ALF	ATIT	BESTAR	CONF	EMP	ESP	INF	INT
EMP3	0,428	0,202	0,652	0,680	0,460	0,882	0,347	0,324	0,582
EMP5	0,298	0,175	0,302	0,306	0,199	0,673	0,288	0,296	0,303
ESP1	0,276	0,031	0,308	0,292	0,275	0,371	0,816	0,164	0,303
ESP2	0,254	0,047	0,363	0,297	0,317	0,296	0,898	0,226	0,351
ESP3	0,417	0,150	0,300	0,270	0,283	0,330	0,719	0,209	0,249
ESP4	0,261	0,026	0,346	0,297	0,234	0,287	0,892	0,185	0,348
ESP5	0,323	0,090	0,422	0,351	0,274	0,383	0,870	0,196	0,364
ESP6	0,201	0,067	0,382	0,306	0,289	0,269	0,833	0,285	0,364
ESP7	0,294	0,112	0,446	0,358	0,273	0,396	0,898	0,231	0,418
ESP8	0,286	0,074	0,356	0,317	0,369	0,337	0,893	0,253	0,340
INF1	0,220	0,143	0,379	0,383	0,332	0,328	0,172	0,809	0,378
INF2	0,146	0,058	0,225	0,151	0,243	0,179	0,157	0,756	0,247
INF3	0,292	0,068	0,302	0,265	0,367	0,297	0,271	0,774	0,303
INF4	0,275	0,057	0,297	0,287	0,306	0,319	0,230	0,646	0,285
INT1	0,275	0,163	0,894	0,700	0,460	0,551	0,397	0,382	0,961
INT2	0,264	0,159	0,896	0,676	0,418	0,510	0,398	0,424	0,974
INT3	0,260	0,132	0,881	0,672	0,419	0,500	0,381	0,381	0,968

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Finalmente, realizou-se a análise da abordagem da razão HeterotraçãoMonotração (HTMT), de Henseler (2020), que estima a correlação verdadeira entre dois construtos se eles fossem perfeitamente mensurados/confiáveis, sendo que valores maiores que 1 indicam que não há validade discriminante (Henseler; Ringle; Sarstedt, 2015). Nesse modelo, observa-se que os valores atendem a esse critério, não apresentando construtos com valores superiores a 1, conforme apresentado na Tabela 25.

Tabela 25

HeterotraçãoMonotração - HTMT

	ABE	ALF	ATIT	BESTAR	CONF	EMP	ESP	INF
ALF	0,205							
ATIT	0,330	0,205						
B_ESTAR	0,450	0,352	0,883					
CONF	0,325	0,445	0,553	0,695				
EMP	0,624	0,431	0,638	0,778	0,565			
ESP	0,364	0,147	0,450	0,415	0,384	0,491		
INF	0,402	0,161	0,514	0,499	0,575	0,558	0,357	
INT	0,266	0,173	0,958	0,801	0,481	0,573	0,420	0,483

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Dessa forma, as análises de mensuração do modelo são concluídas e com isso segue-se para a análise do modelo estrutural.

6.5 Avaliação do modelo estrutural

Para a avaliação do modelo estrutural, inicialmente, foram avaliados os coeficientes de determinação de Pearson (R^2), indicando a porção da variância explicada em cada variável latente – Tabela 26.

Tabela 26

Coeficientes de determinação de Pearson

	R²	R² ajustado	Resultado
ATIT	0,648	0,638	Efeito substancial
B_ESTAR	0,524	0,517	Efeito moderado
EMP	0,082	0,078	Efeito fraco
INT	0,847	0,847	Efeito substancial
<i>Valores de Referência</i>	-	-	<i>Fraco = 0,25</i> <i>Moderado = 0,5</i> <i>Substancial = 0,75</i>

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Por meio da Tabela 26, depreende-se que 64,8% da variância de ‘atitude’ (ATIT) foi explicada pelas variáveis latentes antecedentes ‘confiança’ (CONF), ‘empoderamento’ (EMP), ‘espiritualidade’ (ESP), ‘influência interpessoal’ (INF) e ‘abertura à experiência’ (ABE). Já o ‘bem-estar’ (B_ESTAR) teve 52,4% da variância explicada pela ‘confiança’ (CONF), ‘empoderamento’ (EMP) e ‘espiritualidade’ (ESP). O menor valor foi observado pela variância do ‘empoderamento’ (EMP) em relação à antecessora ‘alfabetização em saúde’ (ALF), com 8,2%; e o maior valor foi da ‘intenção de compra’ (INT), com 84,7% da variância explicada pelas antecessoras. Em suma, considera-se que o efeito das variáveis foi considerado substancial para ‘atitude’ e ‘intenção de compra’; moderado para ‘bem-estar’; e fraco para ‘empoderamento’.

Em seguida, recorreu-se ao *bootstrapping* para a análise dos coeficientes de caminho e se apresentaram como significantes, considerando-se 95% de significância. A Tabela 27 apresenta esses resultados.

Tabela 27

Teste de Hipóteses

Relações	Coefficiente de Caminho (β)	Estatística T	Valor P	Resultados
ABE -> ATIT	-0,063	1,271	0,204	Não significativo
ALF -> EMP	0,286	4,090	0,000	Significativo
ATIT -> INT	0,921	54,162	0,000	Significativo
B_ESTAR -> ATIT	0,620	7,879	0,000	Significativo
CONF -> ATIT	0,007	0,111	0,912	Não significativo
CONF -> B_ESTAR	0,361	6,496	0,000	Significativo
EMP -> ATIT	0,125	1,940	0,052	Não significativo
EMP -> B_ESTAR	0,447	7,825	0,000	Significativo
ESP -> ATIT	0,143	2,157	0,031	Significativo
ESP -> B_ESTAR	0,070	1,063	0,288	Não significativo
INF -> ATIT	0,111	2,331	0,020	Significativo

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Verificou-se que as relações entre a maioria das variáveis analisadas são estatisticamente significativas, com $t > 1,96$ e $p < 0,05$, exceto para as seguintes relações: abertura à experiência e atitude; confiança e atitude; empoderamento e atitude; e espiritualidade e bem-estar ($t < 1,96$ e $p > 0,05$).

Após a verificação do R^2 , dos coeficientes de caminho e da significância, outras duas medidas foram avaliadas: o Q² (Stone-Geisser) e f² (Cohen), que avaliam, respectivamente, quanto o modelo se aproximou daquilo que se esperava dele e o quanto cada construto foi relevante para o ajuste do modelo. Os valores foram obtidos por meio do relatório PLS no *Quality Criteria* e são demonstrados na Tabela 28.

Tabela 28

Medidas de Stone-Geisser e Cohen

	f ²	Q ² predict	Resultados
ABE -> ATIT	0,008	0,271	Atendido; Efeito pequeno
B_ESTAR -> ATIT	0,513		Atendido; Efeito grande
CONF -> ATIT	0,000		Atendido; Efeito pequeno
EMP -> ATIT	0,023		Atendido; Efeito pequeno
ESP -> ATIT	0,045		Atendido; Efeito pequeno
INF -> ATIT	0,026		Atendido; Efeito pequeno
CONF -> B_ESTAR	0,208	0,337	Atendido; Efeito médio
EMP -> B_ESTAR	0,304		Atendido; Efeito médio
ESP -> B_ESTAR	0,008		Atendido; Efeito pequeno
ALF -> EMP	0,089	0,058	Atendido; Efeito pequeno
ATIT -> INT	5,550	0,230	Atendido; Efeito grande

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Os resultados demonstram que o modelo se aproximou do esperado, tendo em vista que os valores do Q2 foram todos acima de 0 para todas as variáveis. Quanto mais próximo de 1, mais o modelo se aproxima das expectativas (Ringle et al., 2014). Diante dos valores apresentados, percebe-se que o resultado mais satisfatório foi em relação ao construto ‘bem-estar’, com 0,337. Já o tamanho do efeito –indicador de Cohen (f2) – diz respeito a quanto que cada construto pode ser considerado útil para o modelo estrutural. Os valores de referência para a análise de f2 são 0,02 (efeito pequeno), 0,15 (efeito médio) e 0,35 (efeito grande) (Ringle et al., 2014).

6.6 Análise do aspecto regional

Com o intuito de se analisar a influência regional no comportamento das pessoas que participaram da pesquisa, e ainda atender a Área de concentração do PPGAdm (Gestão e Regionalidade), optou-se por comparar as respostas oriundas das regiões que compõem aquelas que são influenciadas pela UFU e PPGAdm (mesorregiões do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, sul de Goiás e leste do Mato Grosso do Sul), com as respostas das demais regiões. Nesse sentido, decidiu-se comparar os construtos analisados nas regiões, buscando identificar a existência ou não de diferença significativa entre eles nos dois grupos de respondentes.

Inicialmente, foi feito um tratamento dos dados procedendo com os cálculos das médias de cada construto, para que fosse possível realizar as análises. Os construtos com mais de uma dimensão foram divididos, conforme apresentado no próprio modelo reespecificado. A partir disso, foi realizado o Teste não paramétrico de MannWhitney para se checar se a diferença era significativa entre aqueles respondentes de origem em regiões da área de concentração do PPGA (n=110) e os que faziam parte de outras regiões (n=116). A Tabela 29 apresenta os resultados do teste aplicado.

Os resultados do teste apontam que houve uma diferença significativa ($p < 0,05$) entre as duas amostras para todos os construtos, exceto para ‘alfabetização em saúde’. Portanto, pode-se inferir que, para a amostra analisada, o fato de buscar conhecimento sobre a própria saúde é indiferente para os indivíduos de todas as regiões representadas pelos respondentes. Já para todos os outros aspectos do consumo das PICS, entende-se que pode haver algum aspecto que fez com que as pessoas das regiões Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, sul de Goiás e leste do Mato Grosso do Sul se diferenciasssem das demais nesse contexto. As médias de cada construto também podem ser observadas, conforme Tabela 30.

Tabela 29

Teste de MannWhitney

Construto	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Sig. (bilateral)
EMP	4394,000	10499,000	-4,065	0,000
ALF_buscainfo	5601,000	11706,000	-1,588	0,112
ALF_compreensao	5601,000	11706,000	-1,588	0,112
ALF_consequencia	5421,000	11526,000	-1,999	0,046
ALF_cusoinfo	6059,000	12845,000	-0,655	0,512
CONF	4557,500	10662,500	-3,714	0,000
BE_RE	3879,500	9984,500	-5,121	0,000
BE_EM	4227,500	10332,500	-4,432	0,000
BE_CO	3923,500	10028,500	-5,077	0,000
BE_AUT	5222,500	11327,500	-2,376	0,018
BE_SR	3554,500	9659,500	-5,851	0,000
INF	4793,500	10898,500	-3,236	0,001
ATIT	4110,000	10215,000	-4,944	0,000
INT	4460,500	10565,500	-4,191	0,000
ESP	5120,500	11225,500	-2,574	0,010
ABE	4880,500	10985,500	-3,064	0,002

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Tabela 30

Média dos Construtos me Grupos Região PPGAdm

Construto	Região PPGAdm	N	Média
ALF	Sim	110	5,0915
	Não	116	5,2769
CONF	Sim	110	4,8132
	Não	116	5,2806
EMP	Sim	110	5,1800
	Não	116	5,6759
B_RE	Sim	110	5,6114
	Não	116	6,1897
B_EM	Sim	110	5,3242
	Não	116	6,0287
B_CO	Sim	110	5,7636
	Não	116	6,3592
B_AUT	Sim	110	5,4682
	Não	116	6,0000
B_SR	Sim	110	5,2818
	Não	116	6,3190
INF	Sim	110	4,5000
	Não	116	4,9935
ATI	Sim	110	5,9455
	Não	116	6,5991
INT	Sim	110	5,9273
	Não	116	6,5086
ESP	Sim	110	5,6443
	Não	116	5,8653
ABE	Sim	110	5,5382
	Não	116	5,8948

Nota: Dados da pesquisa, elaborado pela autora.

Diante dos resultados, percebe-se que as médias do grupo não pertencente à área de concentração do PPGAdm se apresentaram maiores de modo geral, em relação ao grupo das regiões Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, sul de Goiás e leste do Mato Grosso do Sul. O construto com menor média, no grupo pertencente à área de concentração, foi a influência interpessoal. Já a maior média foi apresentada no construto relativo à atitude, com 6,5991 para aqueles não pertencentes às regiões de concentração do PPGAdm.

Apresentados os resultados, a seção a seguir tem como objetivo fazer uma breve discussão sobre cada uma das hipóteses propostas neste estudo.

6.7 Análise do papel moderador de gênero, renda e região

Tendo em vista os perfis demográficos identificados no âmbito dos estudos da área da saúde, em especial das PICS, foram realizados testes utilizando-se dos moderadores: gênero, considerando que as pesquisas indicam um maior consumo pelo sexo feminino (Skovgaard et al., 2013; Bell et al., 2006; Davis et al., 2011; Naja et al., 2015; Mackenzie et al. 2003; Tindle et al., 2005; Bishop & Lewith, 2010; Firkins et al., 2018; Zhang et al., 2015; Canaway & Manderson, 2013; Brown et al., 2007; Carvalho et al., 2012; Martinez, 2009; Bertomoro et al., 2010); renda (Skovgaard et al., 2013; Davis et al., 2011; Naja et al., 2015; Shmueli & Shuval, 2007; Leach, 2016), pelo fato de pesquisas prévias indicarem que os indivíduos com renda mais elevada tender a consumir mais as PICS; e a regionalidade, considerando a relevância do contexto para a compreensão dos fatores que motivam as escolhas do consumo – Tabela 31.

Tabela 31

Testes de Moderação

	Coef. De Caminho	Média	t	p
genero -> INT	0,021	0,022	0,353	0,724
genero x ATIT -> INT	0,038	0,037	0,578	0,564
renda -> INT	0,010	0,013	0,312	0,755
renda x ATIT -> INT	0,033	0,029	0,742	0,458
ppgadm -> INT	-0,085	-0,084	1,306	0,192
ppgadm x ATIT -> INT	0,058	0,055	0,674	0,500

Nota. Dados da pesquisa. Elaborado pela autora.

Conforme indica o valor p da Tabela 31, não há suporte que indique moderação significativa para as características avaliadas, uma vez que $p > 0$. Esse fator pode ser relativo à

própria característica da amostra, que foi limitada. Quanto ao fator gênero, é importante ressaltar que dentre os próprios respondentes que compuseram a amostra, a maioria já foi do sexo feminino (84,5%). Ademais, quanto ao fator renda, verifica-se que não houve uma quantidade significativa de respondentes com renda no nível mais elevado (acima de R\$18.000,00 (8,85%).

6.8 Discussão das Hipóteses

Conforme o teste de hipóteses apresentado na Tabela 27, apresenta-se, em seguida, a discussão das hipóteses propostas na presente tese.

Considerando-se H1, observou-se a confirmação da hipótese de que o bem-estar percebido se relaciona positivamente com a atitude em relação às PICS, com valor de $t=7,879$ e coeficiente de caminho $\beta = 0,620$ ($p=0,000$). Esse resultado vai ao encontro de estudos anteriores que também confirmam a existência dessa relação positiva (Bertomoro et al., 2010); Chang et al., 2012; Oh et al., 2010; Smithson et al., 2012; Zhang et al., 2015; Chang et al., 2012; Smithson et al., 2012; e Zhang et al., 2015). Em suma, os estudos indicam que os consumidores, ao perceberem uma melhora nas condições do seu bem-estar ao usarem alguma prática integrativa, passam a apresentar uma atitude mais positiva em relação a esse tipo de terapia.

Em relação à H2, percebe-se que a confiança no profissional de saúde impacta positivamente a atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde. Ao contrário do que se esperava, a relação positiva entre a confiança no profissional de saúde e a atitude sobre as PICS não foi confirmada ($t = 0,011$; $\beta = 0,007$; $p = 0,912$). Esse resultado diverge de Chandra et al. (2018) e Choy e Ismail (2017), e tende a evidenciar a complexidade deste construto. Para Zheng et al. (2017), o construto ‘confiança’ é tratado em níveis distintos (interpessoal e organizacional), incluindo fatores que vão além dos aspectos de preço ou tratamento propriamente dito, incluindo, por exemplo, a reputação da clínica onde o profissional atua.

Outro aspecto relevante que foi destacado, tanto em trabalhos anteriores quanto no estudo qualitativo, foi o fator tempo de tratamento na construção de um relacionamento com o profissional, que tende a influenciar os consumidores sobre esse aspecto – Laugharne e Priebe (2006) e Huynh & Dicke-Bohmann (2020). Ademais, o estudo exploratório indicou que um constante relacionamento com o profissional de saúde é considerado relevante na construção de novos hábitos importantes para os consumidores, no sentido de melhorar sua saúde. Nesse sentido, a confiança no profissional seria necessária para que esse consumidor permaneça

tempo suficiente para conseguir continuar desempenhando as atividades de mudança sozinho, que iriam lhe trazer benefícios a longo prazo.

A H3 considera que a confiança no profissional de saúde impacta positivamente o bem-estar percebido em relação às práticas integrativas e complementares em saúde. Os valores de coeficiente caminho e valor t permitem aceitar a hipótese de que a confiança no profissional se relaciona positivamente com o bem-estar percebido em relação às PICS ($\beta = 0,361$; $t = 6,496$; $p=0,000$), corroborando os estudos de Osei-Frimpong e Owusu-Frimpong (2017) e Anderson e Dedrick (1990). Isto é, quanto mais o consumidor sente confiança no profissional que o atende, mais ele tende a ter uma resposta positiva (afetiva e/ou cognitiva) durante o processo de serviço de saúde (Falter & Hadwich, 2020).

Tendo em vista a H4, o empoderamento do consumidor impacta positivamente a atitude em relação ao consumo das práticas integrativas e complementares em saúde. Contrariando alguns autores sobre os estudos de empoderamento no uso das PICS, como Cerezo et al. (2016), Fotoukian et al. (2014), Steinsbekk e Launsø (2005) e Foley e Steel (2017), verificou-se que a relação entre o empoderamento e a atitude não foi significativa, refutando a H4 ($\beta = 0,125$; $t=1,940$ e $p=0,052$). Entretanto, tendo em vista os resultados encontrados, entende-se que caso houvesse um pouco mais de parcimônia, exigindo $p<0,1$, o estudo seria aceito, sendo que ficou no limite de $p<0,5$. Um dos fatores que pode ter influenciado esse resultado é que, no contexto da saúde integrativa, o empoderamento é composto por muitas dimensões que o tornam mais complexo de relacionar diretamente à atitude em relação às PICS, de forma mais geral. Ele pode ser um motivador para que as pessoas tomem iniciativa para gerenciar e melhorar sua saúde de forma autogerida (Bann et al., 2010), mas é um processo individual, também podendo ser compreendido como um resultado após o contato com determinado serviço Cerezo et al. (2016).

Já a H5 indica que a espiritualidade impacta positivamente a atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde. Os resultados de t-valor e coeficiente de caminho para a relação confirmam a hipótese de que a espiritualidade influencia positivamente a atitude em relação às PICS ($\beta = 0,143$; $t=2,157$; $p= 0,031$). Esse resultado converge com Petry e Finkel (2004), Hsiao et al. (2008), Elison et al. (2012) e Ben-Arye et al. (2012), possibilitando inferir que um alto grau de busca espiritual pode estar associado ao aumento do uso dessas práticas (Hsiao et al., 2008).

Considerando-se a H6, em que a espiritualidade impacta positivamente o bem-estar percebido em relação às práticas integrativas e complementares em saúde, não foi encontrada uma confirmação ($\beta=0,070$; $t=1,063$; $p=0,288$). É possível depreender que, apesar da

espiritualidade fornecer recursos para que as pessoas lidem com suas questões de saúde, remetendo à autorrealização (Parsian & Dunning, 2009; Hodge, 2003), para a mostra estudada não foi possível verificar que espiritualidade e bem-estar voltado às PICS possuem essa relação positiva.

Conforme a H7, a influência interpessoal impacta positivamente a atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde. Considerando os valores obtidos para a relação entre a influência interpessoal e a atitude em relação às PICS ($\beta = 0,111$; $t = 2,331$; $p = 0,020$), é possível aceitar a hipótese de que a influência de outras pessoas faz com que haja um impacto positivo na atitude em relação às práticas integrativas. Essa hipótese é amplamente discutida na literatura (Loquai et al., 2017; Murthy et al., 2015; Palinkas & Kabongo, 2000; Pollard et al., 2014; Öhlén et al., 2006), mostrando que, de fato, um determinante relevante do comportamento de um indivíduo no contexto de adoção das PICS é a influência de outras pessoas.

De acordo com a H8, a alfabetização em saúde impacta positivamente o empoderamento do consumidor das práticas integrativas e complementares. Os resultados obtidos ($\beta = 0,286$, $t = 4,090$, $p = 0,000$) também levam à confirmação da hipótese que apresenta uma relação positiva entre alfabetização em saúde e empoderamento. Esta relação é apresentada em diversos trabalhos (Barnes et al., 2019; Owen-Smith et al., 2012), indicando que quanto mais os consumidores das PICS buscam por conhecimento e informações sobre sua própria saúde, mais eles tendem a sentir-se com maior controle sobre seus próprios processos, tratamentos e sua saúde de forma geral.

A H9 propôs que regionalidade modera a relação entre atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde e a intenção de consumo de PICS. Para verificar a relação da regionalidade com o comportamento dos consumidores em relação às PICS, foi utilizada a escala de etnocentrismo de Waehning & Filieri (2021). Entretanto, conforme visto nos ajustes do modelo, o construto foi removido devido aos indicadores não terem sido satisfatórios para possibilitar uma análise satisfatória desse construto no modelo proposto para a amostra estudada.

Em relação à H10, tem-se que a atitude em relação às práticas integrativas e complementares em saúde impacta positivamente a intenção de consumo de PICS. Considerando-se os valores obtidos para a relação entre a atitude em relação às PICS e a intenção de consumo das mesmas ($\beta = 0,921$, $t = 54,162$; $p = 0,000$), como esperado, é possível aceitar a existência de uma relação positiva entre esses construtos, indo ao encontro de outros estudos (Porto, 2010; Rodrigues, 1996).

Segundo a H11, o empoderamento impacta positivamente o bem-estar percebido pelos consumidores das práticas integrativas e complementares. Os dados obtidos ($\beta = 0,620$; $t = 7,879$; $p = 0,000$), permitem aceitar a hipótese de que o empoderamento impacta positivamente o bem-estar percebido dos consumidores das PICS para a amostra estudada. Esse resultado corrobora os achados do estudo exploratório, em que os indivíduos entrevistados se mostraram motivados a promoverem mudanças positivas em seus hábitos, relacionando-as a um bom relacionamento com o médico e também com o empoderamento. A partir do momento em que esses consumidores se sentem acolhidos, eles conquistam maior autonomia, o que faz com que busquem alternativas para transformar sua própria rotina em busca de manter e/ou melhorar seu próprio bem-estar. De modo semelhante, a literatura também relata resultados relacionados a essa relação. O empoderamento pode ser visto como um processo de colaboração entre pacientes e profissionais, cujo resultado é um paciente com maior capacidade de exercer controle, gerenciar sua condição e tomar decisões informadas (Cerezo et al., 2016), podendo envolver ainda aspectos como confiança, autoconceito positivo, satisfação pessoal, auto eficácia, senso de domínio, autodesenvolvimento e esperança de controle de promoção da vida e da saúde (Fotoukian et al., 2014).

Finalmente, a H12 indica que a abertura à experimentação impacta positivamente a atitude do consumidor das práticas integrativas e complementares. Ao contrário do que se esperava, a abertura à experimentação não apresentou relação positiva com a atitude em relação às PICS ($\beta = -0,063$; $t = 1,271$; $p = 0,204$), fazendo com que essa hipótese fosse refutada. Inicialmente, a indicação dessa relação foi percebida no estudo exploratório, e posteriormente, reforçada por alguns estudos (Galbraith et al., 2018; Honda & Jacobson, 2005; Smith et al., 2008). Entretanto, a amostra com as características apresentadas neste estudo não apresentou comportamento que possibilitasse fazer essa relação. Entende-se que o contexto onde a pesquisa foi aplicada pode influenciar sobremaneira os resultados percebidos, indicando uma necessidade de ampliação de amostras para melhor compreensão desse comportamento pelos consumidores das PICS.

6.9 Possibilidades de aplicação prática da pesquisa

Para que os resultados da presente pesquisa possam ser adequadamente difundidos, considerando o público em questão, foi desenvolvido um material de divulgação (APENDICE D). Inicialmente, o material será difundido entre os profissionais que fizeram parte da pesquisa exploratória, como um retorno da pesquisa. Há também profissionais que auxiliaram na

divulgação do questionário, que receberão o informativo. Posteriormente, o mesmo poderá ser difundido para todos aqueles que quiserem recebe-lo, como forma de conhecer sobre a dinâmica desse tipo de consumo.

Tendo em vista esse caráter prático da abordagem utilizada, aderente aos preceitos da TSR, torna-se possível o apontamento de possibilidades de impacto na sociedade. Assim, partindo das hipóteses confirmadas para o presente estudo, traça-se algumas possibilidades de ação relacionadas aos fatores que foram considerados relevantes para os consumidores das PICS no contexto estudado, conforme Quadro 8.

Quadro 8. Ações transformativas no contexto de consumo das PICS

Hipótese	Ações transformativas	
	Consumidores	Profissionais
H1	- Adoção de hábitos saudáveis e de autocuidado.	- Atendimento focado nas necessidades individuais dos consumidores. - Proporcionar ambiente agradável e consulta que possibilite ao consumidor expor suas necessidades.
H3	- Manutenção de tratamentos, evitando trocas constantes de profissional.	- Fornecimento de informações relativas ao tratamento, às terapêuticas, à formação e experiência profissional.
H5	- Busca por mecanismos que auxiliem a lidar melhor com suas próprias questões de saúde.	- Oferecimento de grupos de meditação para consumidores interessados em aprofundar na prática.
H7	- Procura por grupos de consumidores das PICS em redes sociais para trocas de experiências e referências de profissionais.	- Criação de canais de comunicação com informações que sejam relevantes para seu público-alvo, mediante consulta com os mesmos. - Fornecimento de avaliações para receber as percepções dos consumidores sobre os atendimentos e os serviços oferecidos.
H8	- Busca de informações em canais diversos para entender sobre as PICS, suas indicações para cada questão de saúde. - Participar ativamente do tratamento, buscando formas de melhorar a rotina e de minimizar estresses no cotidiano.	- Possibilitar com que os consumidores tenham acesso à site, ou página de rede social ou quaisquer outros meios de informações confiáveis sobre as práticas oferecidas. - Oferecer consultas que deem abertura para que o consumidor exponha dúvidas e faça questionamentos que considere necessários, sem constrangimento.
H10	- Comprometimento com a promoção da saúde e consequentemente com as PICS.	- Realização de pesquisas periódicas para entender o público interessado no consumo das PICS ofertadas nas suas particularidades.
H11	- Além de buscar por informações sobre sua saúde, levar essas questões para o profissional, que deve trabalhar junto com o consumidor em uma parceria para melhoria de sua saúde e bem-estar.	- Construção de processo de colaboração entre pacientes e profissionais, cujo resultado é um paciente com maior capacidade de exercer controle sobre suas condições de saúde.

Fonte: elaborado pela autora

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para cumprir o objetivo proposto – analisar os fatores que influenciam o consumo das práticas integrativas e complementares em saúde – esta pesquisa recorreu a dois estudos. O primeiro, de caráter exploratório e qualitativo, contou com a participação de cinco profissionais de saúde e 12 consumidores das PICS, no contexto de Uberlândia. Este estudo permitiu, por meio de seus principais resultados, a identificação de um fator influenciador inicialmente não identificado na literatura: a ‘abertura à experiência’. Para os indivíduos entrevistados, esse elemento demonstrou ser importante em suas realidades. Ademais, foi possível corroborar a relação entre o uso das PICS e o bem-estar das pessoas que as consomem, trazendo ainda mais força para o modelo teórico proposto. Finalmente, foi possível perceber que os consumidores das PICS apresentam comportamentos ativos no sentido de transformarem suas próprias realidades por meio da incorporação de hábitos mais saudáveis, como atividade física ou práticas de meditação, por exemplo. Juntamente a isso, essas pessoas iniciam uma busca constante por conhecimento sobre sua própria condição de saúde, que leva a maiores níveis de autoconhecimento e confiança para tomarem decisões relacionadas à saúde.

O segundo estudo, de caráter quantitativo e descritivo, foi realizado por meio da aplicação de uma *survey* on-line, que contou com a participação de 226 respondentes, consumidores das seguintes práticas interativas: acupuntura, homeopatia e reiki. As hipóteses do estudo qualitativo foram incorporadas no modelo, que foi testado conforme as relações identificadas na literatura e no estudo exploratório.

A partir dos resultados dos dois estudos realizados – o exploratório qualitativo e o quantitativo descritivo – foi possível responder aos objetivos propostos no início da pesquisa. Inicialmente, no estudo exploratório, foram identificados os fatores que influenciam o consumo das PICS no contexto brasileiro, principalmente na região do Triângulo Mineiro, conforme apresentado na Figura 14.

Além da identificação desses elementos influenciadores, as etapas do estudo qualitativo, assim como a literatura, possibilitaram melhor estabelecer as relações entre eles. Como pode ser observado, o bem-estar toma uma posição central, que levará a uma atitude favorável às PICS e à consequente intenção de consumo. As variáveis mais relacionadas ao bem-estar foram o empoderamento, a confiança no profissional e a espiritualidade.

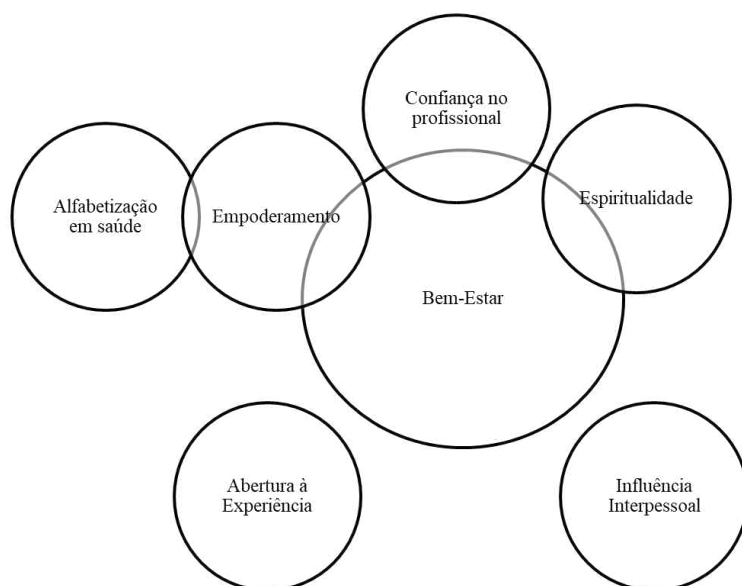


Figura 14. Aspectos relacionados à adoção de PICS

Fonte: elaborada pela autora.

Diante disso, o esquema inicialmente apresentado pela Figura 8 foi complementado após os resultados do estudo quantitativo, com o objetivo de incorporar os dados obtidos com o modelo teórico reespecificado, como pode ser observado na Figura 15.

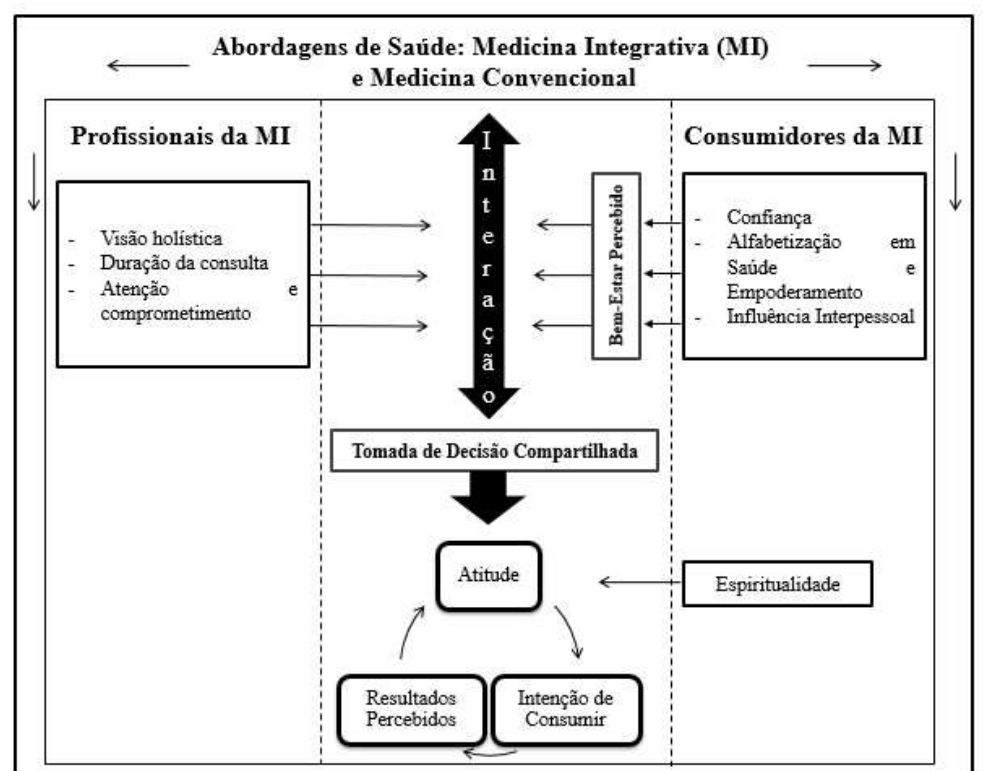


Figura 15. Framework da adoção de PICS

Fonte: elaborada pela autora.

As ações de profissionais e consumidores continuam sendo influenciadas pelas duas principais abordagens de práticas médicas presentes, a convencional e a integrativa. A primeira, com sua lógica alopática, especialista e com foco nas doenças e sintomas apresentados, já a segunda, com uma perspectiva mais ampla, considerando aspectos psicológicos, sociais e até mesmo espirituais, para além do físico.

Diante desse contexto, os consumidores que tendem a consumir as PICS apresentaram algumas características pessoais como a vontade de exercer maior controle em relação à sua saúde, por meio da busca de informações (alfabetização em saúde), levando-os a certo nível de empoderamento (Bulsara *et al.*, 2006; Fotoukian *et al.*, 2014; Laugharne & Priebe, 2006; Ouschan *et al.*, 2006; Scales *et al.*, 2017). Ademais, para que essas pessoas sintam um maior bem-estar, é importante para elas que os profissionais lhes transmitam confiança (Choy & Ismail, 2017; Anderson & Dedrick, 1990; Bova *et al.*, 2006; Huynh & Dicke-Bohmann, 2020), desde o processo de busca por indicações, se tornando relevante também as influências interpessoais (Bearden *et al.*, 1989), até as consultas propriamente ditas, nas quais os consumidores terão suas percepções relacionadas à confiabilidade.

Esse processo de tomada de decisão, que passa a ser feito não mais de forma totalmente passiva, mas em conjunto com o profissional de saúde, por meio de mais conversa, esclarecimento de dúvidas e experiências, gera atitudes positivas em relação às PICS. De modo geral, esta pesquisa sugere que, para a amostra analisada, a espiritualidade está positivamente relacionada com uma atitude favorável sobre as PICS (Ben-Arye *et al.*, 2012; Kelner & Wellman, 1997), levando à intenção de consumi-las. Finalmente, existem alguns resultados percebidos por esses consumidores que foram expostos no decorrer dos estudos, dentre eles: o desenvolvimento de uma maior consciência sobre a própria saúde, com buscas cada vez mais constantes por mais conhecimento (sobre as condições de saúde e sobre outras PICS) e possíveis mudanças de hábitos, como incorporação de atividade física.

7.1 Implicações teóricas, gerenciais e sociais do estudo

A proposição do modelo teórico do presente estudo apresenta implicações teóricas relevantes, pois identifica e testa relações entre variáveis importantes relacionadas ao consumo das práticas integrativas e complementares, assim como sua relação com o bem-estar percebido dos consumidores que usam desses serviços. Conforme foi apresentado no referencial teórico deste trabalho, os estudos anteriores tendiam a analisar os fatores influenciadores das PICS de forma isolada e com um viés mais voltado para a área da saúde. Esta tese faz o agrupamento

desses fatores mais importantes já identificados em estudos anteriores e os aglutina em um único modelo, que foi testado e validado. Além disso, este trabalho tem um enfoque para a percepção dos usuários, que estão recebendo diretamente esse tipo de tratamento de saúde.

Ademais, ao utilizar como base teórica a perspectiva da *Transformative Consumer Research*, esta pesquisa também contribui diretamente para os estudos dessa área, confirmando pressupostos relacionados à diversidade metodológica e ao bem-estar dos consumidores, que deve ser considerado para além dos benefícios organizacionais.

Em termos teóricos, é possível verificar que a pesquisa abarca os comprometimentos da TCR conforme se segue. Diante da abordagem da TSR, se torna possível que os profissionais ou outros grupos envolvidos nesses processos de consumo das PICS tenham acesso a informações sobre o que impacta o bem-estar e o consumo dos indivíduos consumidores das PICS. Essas informações, assim como seu devido entendimento, se tornam relevantes na medida em que podem ser utilizadas para elevar o bem-estar dessas pessoas, assim como serem utilizadas para promover e conscientizar sobre o objetivo central das PICS: a promoção da saúde (Mick e al., 2012). Além disso, corrobora McInnes (2011) sobre as possibilidades de contribuições em termos teóricos, ao identificar, agrupar e testar os construtos que até então vinham sendo discutidos e analisados de forma mais individualizada.

Com uma análise do bem-estar subjetivo dos participantes da pesquisa, busca-se compreender os fatores que influenciam o uso das PICS, visando fornecer conteúdo para que tanto as entidades de serviço quanto os consumidores, se relacionem de forma a gerar bem-estar mútuo. Os resultados podem fornecer possibilidades para que haja um comprometimento de aplicação dos preceitos relacionados à promoção de saúde e incorporação de hábitos mais saudáveis no cotidiano desses consumidores. Quando há alinhamento entre as entidades (de serviço e consumidor), a chance de uma relação bem-sucedida se torna maior. Ademais, a utilização de um método misto aproxima as abordagens qualitativa e quantitativa, beneficiando-se das características de ambas para a coleta de informações relevantes para as análises, considerando, com isso, o contexto regional em questão, por meio de uma abordagem utilizando-se de entrevistas para acessar as percepções dos participantes em relação ao consumo das PICS. A partir disso, foi feita a seleção desses fatores, buscando bases teóricas para embasar as análises na etapa quantitativa.

Um dos objetivos da pesquisa é a disseminação dos resultados da pesquisa entre profissionais e instituições relacionadas às PICS, possibilitando com que os resultados sejam difundidos para a comunidade.

Do ponto de vista social, o estudo contribui ao destacar a importância de considerar os benefícios percebidos pelos consumidores ao consumirem esse serviço específico de saúde, que são as PICS. Com isso, é possível que haja melhores comunicações com esse público, políticas públicas voltadas à promoção da saúde e ainda, melhor atendimento e compreensão das necessidades desses consumidores, que muitas vezes já chegam para buscar as PICS em um estado maior de vulnerabilidade, seja devido a alguma condição de saúde específica ou dores crônicas, por exemplo.

7.2 Limitações e sugestões de pesquisas futuras

O presente estudo atingiu os seus objetivos ao identificar os fatores que influenciam o consumo das PICS, assim como estabelecer suas relações e testá-las por meio de um modelo usando a modelagem de equações estruturais. Apesar disso, a pesquisa apresenta como limitações a utilização de uma amostra não probabilística, não tornando possível uma generalização dos resultados para toda a população da amostra. Ademais, provavelmente devido às características do público respondente e da extensão do questionário, o número de respostas, apesar de ter atendido ao critério estabelecido conforme Ringle, Silva e Bido (2014), ainda contou com quantidade limitada de participantes na etapa quantitativa. Esses fatores, no entanto, proporcionam oportunidades de investigações futuras, com a expansão da amostra e com uma possível redefinição dos construtos, avaliando uma redução do número de variáveis.

Especificamente quanto aos resultados do estudo exploratório, identificou-se a abertura à experiência (relacionada principalmente à curiosidade) como um fator relevante para o público entrevistado; entretanto, a hipótese de que esse fator está relacionado com uma atitude em relação às PICS não foi confirmada. Esse fato pode levar a futuros estudos que busquem compreender com maior profundidade essa característica, que também obteve reforço teórico (Bishop et al., 2010; Smith et al., 2008; von Conrady & Bonney, 2017).

Ademais, outro fator que se destacou em ambos os estudos foi a espiritualidade, que se apresentou importante para os consumidores das terapias integrativas. No estudo qualitativo foi possível perceber uma relação nas falas dos entrevistados entre espiritualidade e religiosidade (com citações principalmente do Espiritismo), mas como não era o objetivo aprofundar sobre o tema, não foi possível estabelecer maiores análises. Além disso, estudos indicam que pode haver alguma relação entre a característica de abertura à novas experiências e a espiritualidade (Oliveira & Junges, 2012), portanto existem questões que poderiam ser respondidas no sentido de buscar compreender melhor a relação entre essas características e esse tipo de consumo:

Como os consumidores compreendem a espiritualidade e a religiosidade? Qual a importância que a espiritualidade tem para o tratamento e para a saúde desses consumidores? Como os profissionais de saúde lidam com as crenças (espiritualidade) dos pacientes, quando expostas? Como a abertura às novas experiências pode se relacionar com a espiritualidade?

Por fim, tendo em vista a importância do contexto regional no qual a pesquisa foi conduzida, cabe ressaltar que investigações futuras poderiam investigar outras regiões com características diversas. Isso pode ser realizado tanto naqueles locais que apresentam um destaque em relação à quantidade de unidades que oferecem as PICS ou também aqueles que carecem desses serviços, justamente para buscar compreender os motivos pelos quais os consumidores não conhecem ou não demandam por esse tipo de serviço. Seria interessante também fazer um comparativo com profissionais e consumidores dessas regiões onde há menos oferta desses serviços, especialmente no âmbito de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- Aaker, D. A.; Kumar, V.; Day, G. S. (2004) Pesquisa de marketing. 2. ed. São Paulo: Atlas.
- Almeida, J. (2016). Complementary and alternative medicine's occupational closure in Portuguese healthcare: Contradictions and challenges. *Health (United Kingdom)*, 20(5), 447-464. <https://doi.org/10.1177/1363459316660857>
- Anderson, L. A., & Dedrick, R. F. (1990). Development of the Trust in Physician scale: A measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological Reports*, 67(3), 1091-1100. <https://doi.org/10.2466/pr0.1990.67.3f.1091>
- Andrade, J. T. de, & Costa, L. F. A. da. (2010). Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica TT - Complementary medicine in the SUS: integrative practices in the perspective of medical anthropology. *Saúde Soc*, 19(3), 497-508. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300003>
- Andrews, G. J. (2002) Private complementary medicine and older people: service use and user empowerment. *Ageing and Society*, 22, 343-368. <https://doi.org/10.1017/S0144686X02008668>
- Al-Swidi, A., Huque, S. M. R., Hafee, M. H., & Shariff, M. N. M. (2014). The role of subjective norms in theory of planned behavior in the context of organic food consumption. *British Food Journal*, 116(10), 1561-1580. <https://doi.org/10.1108/BFJ-05-2013-0105>
- Baarts, C., & Pedersen, I. K. (2009). Derivative benefits: Exploring the body through complementary and alternative medicine. *Sociology of Health and Illness*, 31(5), 719-733. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01163.x>
- Babitsch, B., Gohl, D., & Von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9.
- Bann, C. M., Sirois, F. M., & Walsh, E. G. (2010). Provider support in complementary and alternative medicine: Exploring the role of patient empowerment. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(7), 745-752. <https://doi.org/10.1089/acm.2009.0381>
- Barbadoro, P., Chiatti, C., D'Errico, M. M., Minelli, A., Pennacchietti, L., Ponzio, E., & Prospero, E. (2011). Complementary and Alternative Medicine (CAM) among adults in Italy: Use and related satisfaction. *European Journal of Integrative Medicine*, 3(4), e325-e332. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2011.09.001>

Barnes, L. A. J., Barclay, L., McCaffery, K., & Aslani, P. (2019). Women's health literacy and the complex decision-making process to use complementary medicine products in pregnancy and lactation. *Health Expectations*, 22(5), 1013-1027. <https://doi.org/10.1111/hex.12910>

BATISTELLA, C; Fonseca AF, Corbo AD, O. (2007). Abordagens contemporâneas do conceito de saúde in: O território e o processo saúde-doença. 51-86.

BEHR, Dorothée. Assessing the use of back translation: the shortcomings of back translation as a quality testing method. *International Journal Of Social Research Methodology*, [S.L.], v. 20, n. 6, p. 573-584, 9 nov. 2016. Informa UK Limited. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1252188>

Bell, R. A., Suerken, C. K., Grzywacz, J. G., Lang, W., Quandt, S. A., & Arcury, T. A. (2006). Complementary and alternative medicine use among adults with diabetes in the United States. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 12(5), 16-22. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.11.134>

Ben-Arye, E., Schiff, E., Vintal, H., Agour, O., Preis, L., & Steiner, M. (2012). Integrating complementary medicine and supportive care: Patients' perspectives toward complementary medicine and spirituality. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(9), 824-831. <https://doi.org/10.1089/acm.2011.0327>

Bertomoro, P., Renna, S., Cottone, M., Riegler, G., Bossa, F., Giglio, L., Pastorelli, L., Papi, C., Castiglione, F., Angelucci, E., Pica, R., Di Paolo, M. C., & D'Incà, R. (2010). Regional variations in the use of complementary and alternative medicines (CAM) for inflammatory bowel disease patients in Italy: An IG-IBD study. *Journal of Crohn's and Colitis*, 4(3), 291-300. <https://doi.org/10.1016/j.crohns.2009.12.009>

Bishop, F. L., & Lewith, G. T. (2010). Who uses CAM a narrative review of demographic characteristics and health factors associated with CAM use. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 7(1), 11-28. <https://doi.org/10.1093/ecam/nen023>

Bishop, F. L., Yardley, L., & Lewith, G. T. (2010). Why consumers maintain complementary and alternative medicine use: A qualitative study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(2), 175-182. <https://doi.org/10.1089/acm.2009.0292>

Blocker, C. P., & Barrios, A. (2015). The transformative value of a service experience. *Journal of Service Research*, 18(3), 265-283. <https://doi.org/10.1177/1094670515583064>

Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., Findlay, B., & Majid, N. (2004). Integrative healthcare: arriving at a working definition.[see comment]. [Review] [54 refs]. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 10(5), 48-56.

Bova, C., Fennie, K. P., Watrous, E., Dieckhaus, K., & Williams, A. B. (2006). The Health Care Relationship (HCR) Trust Scale: Development and psychometric evaluation. *Research in Nursing and Health*, 29(5), 477-488. <https://doi.org/10.1002/nur.20158>

Bova, C., Route, P. S., Fennie, K., Ettinger, W., Manchester, G. W., & Weinstein, B. (2012). Measuring patient-provider trust in a primary care population: Refinement of the health care relationship trust scale. *Research in Nursing and Health*, 35(4), 397-408. <https://doi.org/10.1002/nur.21484>

Brasil. 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, 2ª ed., 2018. Recuperado em julho 20, 2021, em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_praticas_integrativas_complementares_sus_2ed_1_reimp.pdf.

Braun, C. A., Bearinger, L. H., Halcón, L. L., & Pettingell, S. L. (2005). Adolescent use of complementary therapies. *Journal of Adolescent Health*, 37(1). <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.07.010>

Brenton, J., & Elliott, S. (2014). Undoing gender? The case of complementary and alternative medicine. *Sociology of Health and Illness*, 36(1), 91-107. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12043>

Broom, A., & Tovey, P. (2008). The role of the Internet in cancer patients' engagement with complementary and alternative treatments. *Health*, 12(2), 139-155. <https://doi.org/10.1177/1363459307086841>

Brown, C. M., Barner, J. C., Richards, K. M., & Bohman, T. M. (2007). Patterns of complementary and alternative medicine use in African Americans. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(7), 751-758. <https://doi.org/10.1089/acm.2006.6392>

Bulsara, C., Styles, I., Ward, A. M., & Bulsara, M. (2006). The Psychometrics of the Patient Empowerment Scale This article was downloaded by : [The University of Notre Dame Australia] *Journal of Psychosocial Oncology* The Psychometrics of Developing the Patient Empowerment Scale. February. https://doi.org/10.1300/J077v24n02_01

Canaway, R., & Manderson, L. (2013). Quality of life, perceptions of health and Illness, and complementary therapy use among people with type 2 diabetes and cardiovascular disease. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(11), 882-890. <https://doi.org/10.1089/acm.2012.0617>

Carvalho, C., Lopes, S. C., & Gouveia, M. J. (2012). Complementary and alternative medicine use in Portugal: development of an assessment tool. *Psychology, Community & Health*, 1(1), 81-94. <https://doi.org/10.5964/pch.v1i1.10>

Cerezo, P. G., Juvé-Udina, M. E., & Delgado-Hito, P. (2016). Concepts and measures of patient empowerment: A comprehensive review. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 50(4), 664-671. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500018>

Chandra, S., Mohammadnezhad, M., & Ward, P. (2018). Trust and Communication in a Doctor- Patient Relationship: A Literature Review. *Journal of Healthcare Communications*, 03(03). <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100146>

Chang, H. Y. A., Wallis, M., Tiralongo, E., & Wang, H. L. (2012). Decision-making related to complementary and alternative medicine use by people with Type 2 diabetes: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21-22), 3205-3215. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04339.x>

Chao, M. T., Wade, C., Kronenberg, F., Kalmuss, D., & Cushman, L. F. (2006). Women's reasons for complementary and alternative medicine use: Racial/ethnic differences. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(8), 719-722. <https://doi.org/10.1089/acm.2006.12.719>

Choy, H. H., & Ismail, A. (2017). Indicators for medical mistrust in healthcare-A review and standpoint from southeast Asia. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 24(6), 5-20.. <https://doi.org/10.21315/mjms2017.24.6.2>

Cooper, D. R., & Schindler, P. S. (2016). *Métodos de Pesquisa em Administração-12ª edição*. McGraw Hill Brasil.

Creswell, J. W. (2010) *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed.

Danaher TS, Gallan AS. Service Research in Health Care: Positively Impacting Lives. *Journal of Service Research*. 2016;19(4):433-437.. <https://doi.org/10.1177/1094670516666346>

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychology*, 49, 182-185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2011). *The Sage handbook of qualitative research*. sage.

Dodds, S., Bulmer, S, Murphy, A, (2018) "Incorporating visual methods in longitudinal transformative service research", *Journal of Service Theory and Practice*, <https://doi.org/10.1108/JSTP-02-2017-0022>.

- Chang, C. (2017), "A Metacognitive Model of the Effects of Susceptibility to Persuasion Self-Beliefs on Advertising Effects," *Journal of Advertising*, 46 (4), 487-502.
<https://doi.org/10.1080/00913367.2017.1392911>
- Coelho, P. F. (2015). A Pesquisa Transformativa do Consumidor: reflexões e diretrizes para pesquisadores brasileiros. *Revista Economia & Gestão*, 15(40), 4-27.
<https://doi.org/10.5752/P.1984-6606.2015v15n40p4>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of personality disorders*, 6(4), 343-359.
<https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.343>
- Danell, J.-A. (2015). From disappointment to holistic ideals: a qualitative study on motives and experiences of using complementary and alternative medicine in Sweden. *Journal of Public Health Research*, 4(2).
<https://doi.org/10.4081/jphr.2015.538>
- Davis, D. E., Rice, K., Hook, J. N., Van Tongeren, D. R., DeBlare, C., Choe, E., & Worthington, E. L. (2015). Development of the sources of spirituality scale. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 503-513.
<https://doi.org/10.1037/cou0000082>
- Davis, M. A., West, A. N., Weeks, W. B., & Sirovich, B. E. (2011). Health behaviors and utilization among users of complementary and alternative medicine for treatment versus health promotion. *Health Services Research*, 46(5), 1402-1416.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01270.x>
- Delaney, C. (2005). The Spirituality Scale: Development and Psychometric Testing of a Holistic Instrument to Assess the Human Spiritual Dimension. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), 145-167.
<https://doi.org/10.1177/0898010105276180>
- Ditte, D., Schulz, W., Ernst, G., & Schmid-Ott, G. (2011). Attitudes towards complementary and alternative medicine among medical and psychology students. *Psychology, Health & Medicine*, 16(2), 225-237. doi:10.1080/13548506.2010.532559.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2010.532559>
- Ellison, C. G., Bradshaw, M., & Roberts, C. A. (2012). Spiritual and religious identities predict the use of complementary and alternative medicine among US adults. *Preventive medicine*, 54(1), 9-12.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.08.029>
- Fávero, L. P., & Belfiore, P. (2017). Manual de análise de dados: estatística e modelagem multivariada com Excel®, SPSS® e Stata®. Elsevier Brasil.

- Falter, M., & Hadwich, K. (2019). Customer service well-being: scale development and validation. *The Service Industries Journal*, 1-22.
<https://doi.org/10.1080/02642069.2019.1652599>
- Feldman, M. S., & Orlikowski, W. J. (2011). Theorizing practice and practicing theory. *Organization science*, 22(5), 1240-1253.
<https://doi.org/10.1287/orsc.1100.0612>
- Feng, K., Altinay, L., & Olya, H. (2019). Social well-being and transformative service research: evidence from China. *Journal of Services Marketing*.
<https://doi.org/10.1108/JSM-10-2018-0294>
- Fink, A. (2013). *How to conduct surveys: A step-by-step guide*. Sage Publications.
- Firkins, R., Eisfeld, H., Keinki, C., Buentzel, J., Hochhaus, A., Schmidt, T., & Huebner, J. (2018). The use of complementary and alternative medicine by patients in routine care and the risk of interactions. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 144(3), 551-557.
<https://doi.org/10.1007/s00432-018-2587-7>
- Foley, H., & Steel, A. (2017). Patient perceptions of patient-centred care, empathy and empowerment in complementary medicine clinical practice: A cross-sectional study. *Advances in Integrative Medicine*, 4(1), 22-30.
<https://doi.org/10.1016/j.aimed.2017.02.006>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics.
<https://doi.org/10.2307/3150980>
- Fotoukian, Z., Mohammadi Shahboulaghi, F., Fallahi Khoshknab, M., & Mohammadi, E. (2014). Concept analysis of empowerment in old people with chronic diseases using a hybrid model. *Asian Nursing Research*, 8(2), 118-127.
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.04.002>
- Fowler Jr, F. J. (2013). *Survey research methods*. Sage publications.
- Frow, P. McColl-Kennedy, J. R. & Payne A. (2016). Co-creation practices: Their role in shaping a healthcare ecosystem. *Industrial Marketing Management*, 2016, 56, 24-39.
<https://doi.org/10.1016/j.indmarman.2016.03.007>
- Galbraith, N., Moss, T., Galbraith, V., & Purewal, S. (2018). A systematic review of the traits and cognitions associated with use of and belief in complementary and alternative medicine (CAM). *Psychology, Health and Medicine*, 23(7), 854-869.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1442010>
- Gilson, L. (2006). Trust in health care: theoretical perspectives and research needs. *Journal of Health Organization and Management*, 20(5), 359-375.
<https://doi.org/10.1108/14777260610701768>

- Givati, A. (2015). Performing 'pragmatic holism': Professionalisation and the holistic discourse of non-medically qualified acupuncturists and homeopaths in the United Kingdom. *Health (United Kingdom)*, 19(1), 34-50.
<https://doi.org/10.1177/1363459314530739>
- Groenewoud, S., Van Exel, N. J. A., Bobinac, A., Berg, M., Huijsman, R., & Stolk, E. A. (2015). What Influences Patients' Decisions When Choosing a Health Care Provider? Measuring Preferences of Patients with Knee Arthrosis, Chronic Depression, or Alzheimer's Disease, Using Discrete Choice Experiments. *Health Services Research*, 50(6), 1941-1972.
<https://doi.org/10.1111/1475-6773.12306>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Bookman editora.
- Harnett, S., & Morgan-Daniel, J. (2018). Health Literacy Considerations for Users of Complementary and Alternative Medicine. *Journal of Consumer Health on the Internet*, 22(1), 63-71.
<https://doi.org/10.1080/15398285.2018.1415593>
- Hedderson, M. M., Patterson, R. E., Neuhouser, M. L., Schwartz, S. M., Bowen, D. J., Standish, L. J., & Marshall, L. M. (2004). Sex differences in motives for use of complementary and alternative medicine among cancer patients. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 10(5), 58-64.
- Henseler, J., Ringle, C. M. & Sinkovics, R. R. (2009). The use of Partial Least Squares Path Modeling in international marketing. In: R. R. Sinkovics & P. N. Ghauri (Ed.), *New Challenges to International Marketing* (pp. 277-320). Bingley: Emerald
[https://doi.org/10.1108/S1474-7979\(2009\)0000020014](https://doi.org/10.1108/S1474-7979(2009)0000020014)
- Helyer, L. K., Chin, S., Chui, B. K., Fitzgerald, B., Verma, S., Rakovitch, E., Dranitsaris, G., & Clemons, M. (2006). The use of complementary and alternative medicines among patients with locally advanced breast cancer - A descriptive study. *BMC Cancer*, 6, 1-9.
<https://doi.org/10.1186/1471-2407-6-39>
- Hershberger, S. L. (2003). Structural equation modeling: an introduction. *Structural equation modeling*.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511542138.002>
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., & Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77.
<https://doi.org/10.1111/1468-5914.00119>
- Hodge, D. R. (2003). The Intrinsic Spirituality Scale: A New Six-Item Instrument for Assessing the Salience of Spirituality as a Motivational Construct. *Journal of Social Service*

Research, 30(1), 41-61. https://doi.org/10.1300/J079v30n01_03
https://doi.org/10.1300/J079v30n01_03

Honda, K., & Jacobson, J. S. (2005). Use of complementary and alternative medicine among United States adults: the influences of personality, coping strategies, and social support. *Preventive medicine*, 40, 46-53. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2004.05.001>

Hsiao, A. F., Wong, M. D., Miller, M. F., Ambs, A. H., Goldstein, M. S., Smith, A., Ballard-Barbash, R., Becerra, L. S., Cheng, E. M., & Wenger, N. S. (2008). Role of religiosity and spirituality in complementary and alternative medicine use among cancer survivors in California. *Integrative Cancer Therapies*, 7(3), 139-146. <https://doi.org/10.1177/1534735408322847>

Hughner, R. S., & Kleine, S. S. (2008). Variations in lay health theories: Implications for consumer health care decision making. *Qualitative Health Research*, 18(12), 1687-1703. <https://doi.org/10.1177/1049732308327354>

Huynh, H. P., & Dicke-Bohmann, A. (2020). Humble doctors, healthy patients? Exploring the relationships between clinician humility and patient satisfaction, trust, and health status. *Patient Education and Counseling*, 103(1), 173-179. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.07.022>

Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2010). Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial Medicine*, 9783319507989, 1-5. https://doi.org/10.1007/978-3-319-50799-6_1

Islam, S., Muhamad, N., & Sumardi, W. H. (2021). Customer-perceived service wellbeing in a transformative framework: Research propositions in the area of health services. *International Review on Public and Nonprofit Marketing*, 1-27. <https://doi.org/10.1007/s12208-021-00302-6>

Kashdan, T. B., Stikma, M. C., Disabato, D. J., McKnight, P. E., Bekier, J., Kaji, J., & Lazarus, R. (2018). The five-dimensional curiosity scale: Capturing the bandwidth of curiosity and identifying four unique subgroups of curious people. *Journal of Research in Personality*, 73, 130-149. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2017.11.011>

Kelner, M., & Wellman, B. (1997). Health care and consumer choice: Medical and alternative therapies. *Social Science and Medicine*, 45(2), 203-212. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00334-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00334-6)

Keshet, Y., Ben-Arye, E., & Schiff, E. (2012). Can holism be practiced in a biomedical setting? a qualitative study of the integration of complementary medicine to a surgical department. *Health (United Kingdom)*, 16(6), 585-601. <https://doi.org/10.1177/1363459312438566>

- King, N. (2004). Using interviews in qualitative research. *Essential guide to qualitative methods in organizational research*, 2, 11-22.
<https://doi.org/10.4135/9781446280119.n2>
- Kitchen, P., Williams, A., & Chowhan, J. (2012). Sense of community belonging and health in Canada: A regional analysis. *Social Indicators Research*, 107(1), 103-126.
<https://doi.org/10.1007/s11205-011-9830-9>
- Kline, R. B. (2015) *Principles and practice of structural equation modeling*. 4th edition. New
- Kolb, B. (2008). Choosing participants for qualitative research. *Marketing research: A practical approach*, 107-124.
<https://doi.org/10.4135/9780857028013.n7>
- Lamy, S., Ducros, D., Diméglio, C., Colineaux, H., Fantin, R., Berger, E., ... & Bouhanick, B. (2017). Disentangling the influence of living place and socioeconomic position on health services use among diabetes patients: A population-based study. *PLoS One*, 12(11), e0188295.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188295>
- Laugharne, R., & Priebe, S. (2006). Trust, choice and power in mental health: A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(11), 843-852.
<https://doi.org/10.1007/s00127-006-0123-6>
- Leach, M. J. (2016). Profiling the Australian consumer of complementary and alternative medicine: A secondary analysis of national health survey data. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 22(4), 64-72.
- Lee, D. J., & Sirgy, M. J. (2012). Consumer well-being (CWB): Various conceptualizations and measures. In *Handbook of social indicators and quality of life research* (pp. 331-354). Springer, Dordrecht.
https://doi.org/10.1007/978-94-007-2421-1_15
- Lee-Treweek, G. (2002). Trust in complementary medicine: The case of cranial osteopathy. *Sociological Review*, 50(1), 48-68.
<https://doi.org/10.1111/1467-954X.00354>
- Loquai, C., Dechent, D., Garzarolli, M., Kaatz, M., Kaehler, K. C., Kurschat, P., Meiss, F., Micke, O., Muecke, R., Muenstedt, K., Stein, A., Nashan, D., Stoll, C., Schmidtman, I., & Huebner, J. (2017). Use of complementary and alternative medicine: A multicenter cross-sectional study in 1089 melanoma patients. *European Journal of Cancer*, 71, 70-79.
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.10.029>
- Mackenzie, S. B.; Podsakoff, P. M.; Podsakoff, N. P. Construct measurement and validation procedures in MIS and behavioral research: integrating new and existing techniques. *MIS Quarterly*, v. 35, n. 2, p. 293-334, 2011.
<https://doi.org/10.2307/23044045>

Mao, J. J., Cronholm, P. F., Stein, E., Straton, J. B., Palmer, S. C., & Barg, F. K. (2010). Positive changes, increased spiritual importance, and complementary and alternative medicine (CAM) use among cancer survivors. *Integrative Cancer Therapies*, 9(4), 339-347. <https://doi.org/10.1177/1534735410387419>

Mao, J. J., Palmer, S. C., Desai, K., Li, S. Q., Armstrong, K., & Xie, S. X. (2012). Development and validation of an instrument for measuring attitudes and beliefs about complementary and alternative medicine (CAM) use among cancer patients. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 18-22. <https://doi.org/10.1155/2012/798098>

Martinez, L. N. (2009). South Texas Mexican American use of traditional folk and mainstream alternative therapies. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 31(1), 128-143. <https://doi.org/10.1177/0739986308328513>

McAllister, M., Dunn, G., Payne, K., Davies, L., & Todd, C. (2012). Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Services Research*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-157>

Mende, M., & Van Doorn, J. (2015). Coproduction of transformative services as a pathway to improved consumer well-being: Findings from a longitudinal study on financial counseling. *Journal of Service Research*, 18(3), 351-368. <https://doi.org/10.1177/1094670514559001>

Mick, D. G. (2006). Meaning and mattering through transformative consumer research. *Advances in consumer research*, 33(1), 1-4.

Mick, D. G., Pettigrew, S., Pechmann, C. C., & Ozanne, J. L. (Eds.). (2012). *Transformative consumer research for personal and collective well-being*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203813256>

Mikhail N, Wali S, Ziment I. Use of alternative medicine among Hispanics. *J Altern Complement Med* 2004;10:851-9. <https://doi.org/10.1089/acm.2004.10.851>

Ministério da Saúde (2020). Relatório de Monitoramento Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde nos Sistemas de Informação em Saúde,

Moore, J. E., Titler, M. G., Kane Low, L., Dalton, V. K., & Sampselle, C. M. (2015). Transforming Patient-Centered Care: Development of the Evidence Informed Decision Making through Engagement Model. *Women's Health Issues*, 25(3), 276-282. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.02.002>

Murthy, V., Sibbritt, D. W., & Adams, J. (2015). An integrative review of complementary and alternative medicine use for back pain: A focus on prevalence, reasons for use, influential

factors, self-perceived effectiveness, and communication. *Spine Journal*, 15(8), 1870-1883.
<https://doi.org/10.1016/j.spinee.2015.04.049>

Naja, F., Alameddine, M., Itani, L., Shoaib, H., Hariri, D., & Talhouk, S. (2015). The Use of Complementary and Alternative Medicine among Lebanese Adults: Results from a National Survey. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015.
<https://doi.org/10.1155/2015/682397>

Nccih (2021). Complementary Alternative or Integrative Health Whats in a name. Recuperado em agosto 20, 2021, em <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>.

Neto, M. B., Silva, L. E. N., Lima, S. H. D. O., & Grangeiro, R. D. R. (2021). Analysis of Scientific Production on Transformative Consumer Research and Transformative Service Research. *Organizações & Sociedade*, 28, 77-111.
<https://doi.org/10.1590/1984-92302021v28n9604pt>

Nhs (2021). Homeopathy. Recuperado em agosto 20, 2021, em <https://www.nhs.uk/conditions/homeopathy/>.

Nygårdh, A., Malm, D., Wikby, K., & Ahlström, G. (2012). The experience of empowerment in the patient-staff encounter: The patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5-6), 897-904.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03901.x>

Observa PICS. Fiocruz. PICS cuidam do bem-estar de 61,7% dos brasileiros durante pandemia, 7, 2021. Recuperado em janeiro 21, 2022, em http://www.TechLib.com/definicion/social_media.http://observapics.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/Boletim-Evidencias-N7-ObservaPICS.pdf.

Oh, B., Butow, P., Mullan, B., Beale, P., Pavlakis, N., Rosenthal, D., & Clarke, S. (2010). The use and perceived benefits resulting from the use of complementary and alternative medicine by cancer patients in Australia. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology*, 6(4), 342-349.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-7563.2010.01329.x>

Öhlén, J., Balneaves, L. G., Bottorff, J. L., & Brazier, A. S. A. (2006). The influence of significant others in complementary and alternative medicine decisions by cancer patients. *Social Science and Medicine*, 63(6), 1625-1636..
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.050>

Oliveira, M. R. D., & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17, 469-476.
<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>

Osei-Frimpong, K., & Owusu-Frimpong, N. (2017). Value Co-Creation in Health Care: A Phenomenological Examination of the Doctor-Patient Encounter. *Journal of Nonprofit and*

Public Sector Marketing, 29(4), 365-384..
<https://doi.org/10.1080/10495142.2017.1326356>

Ostrom, A. L., Parasuraman, A., Bowen, D. E., Patrício, L., & Voss, C. A. (2015). Service research priorities in a rapidly changing context. *Journal of service research*, 18(2), 127-159.
<https://doi.org/10.1177/1094670515576315>

Ouschan, R., Sweeney, J., & Johnson, L. (2006). Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. *European Journal of Marketing*, 40(9-10), 1068-1086..
<https://doi.org/10.1108/03090560610681014>

Owen-Smith, F. McCarty, D. Hankerson-Dyson, and R. DiClemente, "Prevalence and predictors of complementary and alternative medicine use in African-Americans with acquired immune deficiency syndrome," *Focus on Alternative and Complementary Therapies*, vol. 17, no. 1, pp. 33-42, 2012.
<https://doi.org/10.1111/j.2042-7166.2011.01140.x>

Paasi, A. (2000). Re-constructing regions and regional identity. Nijmegen: Nethur lecture, 7.

Palinkas, L. A., & Kabongo, M. L. (2000). The use of complementary and alternative medicine by primary care patients. *Journal of Family Practice*, 49(12), 1121-1130.

Park, C. (2013). Mind-Body CAM Interventions: Current Status and Considerations for Integration Into Clinical Health Psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 45-63.
<https://doi.org/10.1002/jclp.21910>

Parsian, Nasrin and Dunning, T. (2009). Developing and validating a questionnaire to measure spirituality: a psychometric process. *Global Journal of Health Science*, 1, 2-11.
<https://doi.org/10.5539/gjhs.v1n1p2>

Patterson, C., Arthur, H., Noesgaard, C., Caldwell, P., Vohra, J., Francoeur, C., & Swinton, M. (2008). Exploring adolescent complementary/alternative medicine (CAM) use in Canada. *Journal of Interprofessional Care*, 22(1), 45-55..
<https://doi.org/10.1080/13561820701795374>

Pedersen, C. G., Christensen, S., Jensen, A. B., & Zachariae, R. (2009). Prevalence, socio-demographic and clinical predictors of post-diagnostic utilisation of different types of complementary and alternative medicine (CAM) in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *European Journal of Cancer*, 45(18), 3172-3181.
<https://doi.org/10.1016/j.ejca.2009.09.005>

Pedersen, I. K., & Baarts, C. (2010). "Fantastic hands" - But no evidence: The construction of expertise by users of CAM. *Social Science and Medicine*, 71(6), 1068-1075..
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.06.007>

- Pedersen, I. K., Hansen, V. H., & Gr nenberg, K. (2016). The emergence of trust in clinics of alternative medicine. *Sociology of Health and Illness*, 38(1), 43-57..
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12338>
- Petry, J. J., & Finkel, R. (2004). Spirituality and choice of health care practitioner. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(6), 939-945..939
<https://doi.org/10.1089/acm.2004.10.939>
- Pollard, L., Agarwal, S., Harrad, F., Lester, L., Cross, A., Wray, P., Smith, G., Locke, A., & Sinfield, P. (2014). The impact of Patient Participation Direct Enhanced Service on patient reference groups in primary care: A qualitative study. *Quality in Primary Care*, 22(4), 189-199.
- Porto, R. B. (2010). Atitude do consumidor: estrutura dos modelos teóricos.
<https://doi.org/10.5585/remark.v9i2.2145>
- Ramadurai, V., Sharf, B. F., & Ramasubramanian, S. (2016). Roads Less Traveled: Finding a Path to Using Complementary and Alternative Medicine. *Qualitative Health Research*, 26(9), 1216-1228..
<https://doi.org/10.1177/1049732315582009>
- Ringle, C. M., Da Silva, D., & de Souza Bido, D. (2014). Modelagem de equações estruturais com utilização do SmartPLS. *Revista brasileira de marketing*, 13(2), 56-73.
<https://doi.org/10.5585/remark.v13i2.2717>
- Saad, M., & de Tarso Lima, P. (2008). Medicina integrativa. *Rev. Einstein: Educ. Contin Saúde*, 6(3), 135-136.
- Rivera, S., Kyte, D. G., Aiyegbusi, O. L., Keeley, T. J., & Calvert, M. J. (2017). Assessing the impact of healthcare research: a systematic review of methodological frameworks. *PLoS medicine*, 14(8), e1002370.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002370>
- Rodrigues, A. (1996). *Psicologia social*. Petr polis: Vozes.
- Roth, M. S. (1994). Enhancing Consumer Involvement in Health Care: The Dynamics of Control, Empowerment, and Trust. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13(1), 115-132..
<https://doi.org/10.1177/074391569401300110>
- Rosenbaum, M. S. (2015). Transformative service research: focus on well-being. *The Service Industries Journal*, 35(7-8), 363-367.
<https://doi.org/10.1080/02642069.2015.1025061>
- Sak, G., Rothenfluh, F., & Schulz, P. J. (2017). Assessing the predictive power of psychological empowerment and health literacy for older patients' participation in health care: a cross-sectional population-based study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1-15.
<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0448-x>

Sarstedt, M., Hair Jr, J. F., Cheah, J. H., Becker, J. M., & Ringle, C. M. (2019). How to specify, estimate, and validate higher-order constructs in PLS-SEM. *Australasian marketing journal*, 27(3), 197-211.

<https://doi.org/10.1016/j.ausmj.2019.05.003>

Sasagawa, M., Martzen, M. R., Kelleher, W. J., & Wenner, C. A. (2008). Positive Correlation Between the Use of Complementary and Alternative Medicine and Internal Health Locus of Control. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 4(1), 38-41..

<https://doi.org/10.1016/j.explore.2007.10.004>

Saúde (2021). PICS. Recuperado em julho 05, 2021, em <https://www.saude.mg.gov.br/pics>.

Scales, K., Bailey, S., Middleton, J., & Schneider, J. (2017). Power, empowerment, and person-centred care: using ethnography to examine the everyday practice of unregistered dementia care staff. *Sociology of Health and Illness*, 39(2), 227-243..

<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12524>

Schmidt, C. (2004). The analysis of semi-structured interviews. A companion to qualitative research, 253, 258. In: Flick, U., von Kardoff, E., & Steinke, I. (Eds.). (2004). A companion to qualitative research. Sage.

Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>

Seçkin, G. (2011). Informational and decisional empowerment in online health support communities: Initial psychometric validation of the Cyber Info-Decisional Empowerment Scale (CIDES) and preliminary data from administration of the scale. *Supportive Care in Cancer*, 19(12), 2057-2061.

<https://doi.org/10.1007/s00520-011-1249-y>

Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538-542. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>

SHAHARUDIN, S. H. et al. (2011). The use of complementary and alternative medicine among Malay breast cancer survivors. *Altern Ther Health Med*, 17(1), 50-56. <https://doi.org/10.20452/pamw.15669>

Shin, E., & Shim, J. M. (2019). Listen to Doctors, Friends, or Both? Embedded They Produce Thick Knowledge and Promote Health. *Journal of Health Communication*, 24(1), 9-20. <https://doi.org/10.1080/10810730.2018.1554727>

Shinto, L., Yadav, V., Morris, C., Lapidus, J. A., Senders, A., & Bourdette, D. (2005). The perceived benefit and satisfaction from conventional and complementary and alternative medicine (CAM) in people with multiple sclerosis. *Complementary Therapies in Medicine*, 13(4), 264-272.

<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2005.07.007>

Shmueli, A., & Shuval, J. (2007). Are users of complementary and alternative medicine sicker than non-users? *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 4(2), 251-255. <https://doi.org/10.1093/ecam/nel076>

Silva, E. D. S., Lins, G. A., & Castro, E. M. N. V. de. (2016). Historicidade e olhares sobre o processo saúde-doença: uma nova percepção. *Revista Sustinere*, 4(2), 171-186.. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2016.25976>

Sirois, F. M. (2008). Motivations for consulting complementary and alternative medicine practitioners: A comparison of consumers from 1997-8 and 2005. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 8, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-8-16>

Sirois, F. M., & Purc-Stephenson, R. J. (2008). Consumer decision factors for initial and long-term use of complementary and alternative medicine. *Complementary Health Practice Review*, 13(1), 3-19. <https://doi.org/10.1177/1533210107310824>

Sirois, F. M., Salamonsen, A., & Kristoffersen, A. E. (2016). Reasons for continuing use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in students: A consumer commitment model. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1059-3>

Skovgaard, L., Meyrowitsch, D., Nicolajsen, P. H., Pedersen, E., Kant, M., Fredrikson, S., & Verhoef, M. (2013). Differences between users and non-users of complementary and alternative medicine among people with multiple sclerosis in Denmark: A comparison of descriptive characteristics. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(5), 492-499. <https://doi.org/10.1177/1403494813481646>

Small, N., Bower, P., Chew-Graham, C. A., Whalley, D., & Protheroe, J. (2013). Patient empowerment in long-term conditions: Development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Services Research*, 13(1).. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-263>

Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K. T., Christopher, P. J., Bernard, J. F., & Shelley, B. M. (2008). Who Is Willing to Use Complementary and Alternative Medicine? *Explore: The Journal of Science and Healing*, 4(6), 359-367.. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2008.08.001>

Smith, S. M., &Albaum, G. S. (2010). An introduction to marketing research. Accessed September, 5, 2017.

Smithson, J., Britten, N., Paterson, C., Lewith, G., & Evans, M. (2012). The experience of using complementary therapies after a diagnosis of cancer: A qualitative synthesis. *Health*, 16(1), 19-39. <https://doi.org/10.1177/1363459310371081>

SS, B., & LE, E. (2011). Association of Health Literacy with Complementary and Alternative medicine use: A Cross-sectional study in Adult Primary Care Patients. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 11(1), 138. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-11-138>

Steinsbekk, A., & Launsø, L. (2005). Empowering the cancer patient or controlling the tumor? A qualitative study of how cancer patients experience consultations with complementary and alternative medicine practitioners and physicians, respectively. *Integrative Cancer Therapies*, 4(2), 195-200. <https://doi.org/10.1177/1534735405276721>

Stibich, M., & Wissow, L. (2006). Meaning shift: Findings from wellness acupuncture. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 12(2), 42-48.

Stormacq, C., Van Den Broucke, S., & Wosinski, J. (2019). Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*, 34(5), E1-E17. <https://doi.org/10.1093/heapro/day062>

Stratton, T. D., & McGivern-Snofsky, J. L. (2008). Toward a sociological understanding of complementary and alternative medicine use. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(6), 777-783. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.7006>

Telles, R. (2001). A efetividade da matriz de amarração de Mazzon nas pesquisas em Administração. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, 36(4).

Tindle, H. A., Davis, R. B., Phillips, R. S., & Eisenberg, D. M. (2005). Trends in use of complementary and alternative medicine by us adults: 1997-2002. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11(1), 42-49.

Uberlândia. Terapias Complementares, 2021. Recuperado em dezembro 20, 2021, em <https://www.uberlandia.mg.gov.br/prefeitura/secretarias/saude/terapias-complementares/>.

Ungaro, V., Di Pietro, L., Renzi, M. F., Mugion, R. G., & Pasca, M. G. (2021). Transformative service research: a conceptual framework based on consumer's perspective. *International Journal of Retail & Distribution Management*. <https://doi.org/10.1108/IJRDM-04-2021-0163>

Van Der Schee, E., & Groenewegen, P. P. (2010). Determinants of public trust in complementary and alternative medicine. *BMC Public Health*, 10, 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-128>

von Conrady, D. M., & Bonney, A. (2017). Patterns of complementary and alternative medicine use and health literacy in general practice patients in urban and regional Australia. *Australian Family Physician*, 46(5), 315-320.

- Vos, L., & Brennan, R. (2010). Complementary and alternative medicine: shaping a marketing research agenda. *Marketing Intelligence & Planning*, <https://doi.org/10.1108/02634501011041462>
- Waehning, N., & Filieri, R. (2022). Consumer motives for buying regional products: the REGIOSCALE. *Marketing Letters*, 33(2), 215-236. <https://doi.org/10.1007/s11002-021-09572-w>
- Wahlström, M., Sihvo, S., Haukkala, A., Kiviruusu, O., Pirkola, S., & Isometsä, E. (2008). Use of mental health services and complementary and alternative medicine in persons with common mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(1), 73-80. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01192.x>
- William O. Bearden, Richard G. Netemeyer, & Jesse E. Teel. (1989). Measurement of Consumer Susceptibility to Interpersonal Influence. *Journal of Consumer Research*, 15(March), 473-481. <https://doi.org/10.1086/209186>
- Williams-Piehot, P. A., Sirois, F. M., Bann, C. M., Isenberg, K. B., & Walsh, E. G. (2012). Agents of change: How do complementary and alternative medicine providers play a role in health behavior change? *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 17(1), 22-30.
- Willis, E. (2018). The Power of Peers: Applying User-Generated Content to Health Behaviors "Off-Line." *Qualitative Health Research*, 28(13), 2081-2093. <https://doi.org/10.1177/1049732318786704>
- Yukawa, K., Ishikawa, H., Yamazaki, Y., Tsutani, K., & Kiuchi, T. (2017). Patient health literacy and patient-physician communication regarding complementary and alternative medicine usage. *European Journal of Integrative Medicine*, 10, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2017.02.003>
- Zhang, Y., Leach, M. J., Hall, H., Sundberg, T., Ward, L., Sibbritt, D., & Adams, J. (2015). Differences between male and female consumers of complementary and alternative medicine in a national US population: A secondary analysis of 2012 NIHS data. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/413173>
- Zheng, S., Hui, S. F., & Yang, Z. (2017). Hospital trust or doctor trust? A fuzzy analysis of trust in the health care setting. *Journal of Business Research*, 78, 217-225.. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2016.12.017>
- Snyderman R, Weil AT. Integrative medicine: bringing medicine back to its roots. *Arch Intern Med*. 2002;162(4):395-397. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.4.395>
- Wiles, J., & Rosenberg, M. W. (2001). Gentle caring experience: seeking alternative health care in Canada. *Health and Place*, 7, 209e224. [https://doi.org/10.1016/S1353-8292\(01\)00011-9](https://doi.org/10.1016/S1353-8292(01)00011-9).

ANEXO A – Escalas originais utilizadas na pesquisa

1 Bem-estar

Fonte: Falter & Hadwich (2020).

Relationship

$\alpha = .880$

1. I have the feeling that the service provider/employee is interested in my request.
2. I trust my service provider/employee.
3. During the service, I feel that I am taken seriously.
4. During the service I am treated fairly.

Positive Emotions

$\alpha = .890$

5. During the service, I have a feeling of happiness.
6. During the service, I experience pleasant feelings.
7. During the service, I feel joy.

Engagement

$\alpha = .849$

8. During the service, I am interested.
9. During the service, I am attentive.
10. During the service, I am engaged.

Absence of Negative Emotions

$\alpha = .788$

11. During the service I feel stressed.
12. Throughout the service, I have negative feelings.
13. During the service, I am embarrassed.

Meaning & Accomplishment

$\alpha = .789$

14. Throughout the service, I feel optimism.
15. I have the feeling that, by making use of the service, I have done something important for me.
16. After the service, I feel as if I have achieved something.

2 Confiança no profissional de saúde

Fonte: Anderson e Dedrick (1990)

$\alpha: 0,90$

1. I doubt that my doctor really cares about me as a person.
2. My doctor is usually considerate of my needs and puts them first.
3. I trust my doctor so much I always try to follow his/her advice.
4. If my doctor tells me something is so, then it must be true.
5. I sometimes distrust my doctor's opinion and would like a second.
6. I trust my doctor's judgements about my medical care
7. I feel my doctor does not do everything he/she should for my medical care.
8. I trust my doctor to put my medical needs above all other considerations when treating my medical problems.
9. My doctor is a real expert in taking care of medical problems like mine.

10. I trust my doctor to tell me if a mistake was made about my treatment.
11. I sometimes worry that my doctor may not keep the information we discuss totally private.

3 Empoderamento

Fonte: Tsoli et al., (2019)

1. I am capable of handling my illness.
2. I have all the information I need to manage my illness.
3. I am capable of helping health professionals reach decisions related to my illness.
4. My family is very supportive.
5. I need the support of my family and friends.
6. My family and friends still rely on me.
7. I can adapt to the changes in my lifestyle.
8. Health professionals are happy to include me in decisions related to my illness.
9. I want my family and friends to continue to rely on me.
10. My friends are always supportive.
11. I still feel useful in my daily life.
12. My spiritual beliefs help me cope with my illness.
13. I accept that I have to change my lifestyle.
14. Complementary therapies help me cope.
15. I have a lot of confidence in my local GP.

4 Espiritualidade

Fonte: Seidlitz et al. (2002)

1. My spirituality gives me a feeling of fulfillment.
2. I maintain an inner awareness of God's presence in my life.
3. Even when I experience problems, I can find a spiritual peace within.
4. I try to strengthen my relationship with God.
5. Maintaining my spirituality is a priority for me.
6. God helps me to rise above my immediate circumstances.
7. My spirituality helps me to understand my life's purpose.
8. I experience a deep communion with God.

5 Grupos de Referência

Fonte: Al-Swidi et al. (2014)

1. The trend of buying organic food among people around me is increasing.
2. People around me generally believe that it is better for health to use organic food
3. My close friends and family members would appreciate if I buy organic food
4. I would get all the required support (money, time, information related) from friends and family to.

6 Alfabetização em Saúde

Fonte: Rouquette et al. (2018)

4-point Likert-like scale ("very easy", "easy", "difficult", "very difficult")

On a scale from very easy to very difficult, how easy would you say it is to:

- 1—find information on treatments of illnesses that concern you?
- 2—find out where to get professional help when you are ill?
- 3—understand what your doctor says to you?
- 4—understand your doctor's or pharmacist's instruction on how to take a prescribed medicine?
- 5—judge when you may need to get a second opinion from another doctor?
- 6—use information the doctor gives you to make decisions about your illness?
- 7—follow instructions from your doctor or pharmacist?
- 8—find information on how to manage mental health problems like stress or depression?
- 9—understand health warnings about behavior such as smoking, low physical activity and drinking too much?
- 10—understand why you need health screenings?
- 11—judge if the information on health risks in the media is reliable?
- 12—decide how you can protect yourself from illness based on information in the media?
- 13—find out about activities that are good for your mental well-being?
- 14—understand advice on health from family members or friends?
- 15—understand information in the media on how to get healthier?
- 16—judge which everyday behavior is related to your health?

7 Abertura à experiência (Joyous exploration)

Fonte: Kashdan et al. (2018)

I view challenging situations as an opportunity to grow and learn.

I am always looking for experiences that challenge how I think about myself and the world.

I seek out situations where it is likely that I will have to think in depth about something.

I enjoy learning about subjects that are unfamiliar to me.

I find it fascinating to learn new information.

8 Atitude

Fonte: Chang (2017)

1. I like ____.
2. I feel positive toward ____.
3. ____ is desirable.
4. ____ is good.

9 Intenção de Compra

Fonte: White et al. (2016)

How likely would you be to buy the _____?

1. very unlikely to buy this product / very likely to buy this product
2. very unwilling to buy this product / very willing to buy this product
3. very uninclined to buy this product / very inclined to buy this product

10 Etnocentrismo (Identidade Territorial)

Fonte: Waehning & Filieri (2021)

1. I only want to buy products from my region
2. I buy regional products because I grew up with them)
3. I buy regional products to feel a regional connection
4. I buy regional products for their regional identity
5. I buy regional products because I have a personal closeness to them

APÊNDICE A – GUIAS DE ENTREVISTAS

Guia de Entrevista (Usuários das Práticas Integrativas)

Questões	Base Teórica
Aspectos conceituais e principais práticas que utiliza.	Sirois et al. (2016a) Andrade; Costa (2010); Nccih (2015)
Importância da abordagem integrativa (entrevistado se posicionar comparando esta abordagem com a convencional e informando se existem tipos de questões de saúde em que adota PICS e/ou o convencional)	Bertomoro et al. (2010); Chang et al. (2012); Oh et al. (2010); Smithson et al. (2012); Zhang et al. (2015); Boon et al. (2004).
Motivos da busca pela abordagem integrativa pela primeira vez.	Sirois (2008)
Percepção da relação entre as PICS e a espiritualidade.	Dodds et al. (2018)
Relacionamento dos profissionais das PICS com os pacientes e possíveis diferenças quanto à abordagem médica convencional.	Chang et al. (2012)
Fatores que relevantes para escolha das PICS (por exemplo, experiência e tratamento do profissional, indicação de outras pessoas, promoção e controle da própria saúde).	Pedersen e Baarts (2010)
Como foi/tem sido sua experiência com as PICS.	Bishop et al. (2010)
Manutenção das PICS (usuário pontual ou frequente).	Bishop et al. (2010)
Gostaria de complementar com algo que considera relevante e que não foi abordado durante a entrevista?	-

Roteiro de Entrevista (Profissionais das Práticas Integrativas)

Questões
Tempo de atuação com as práticas integrativas e com quais trabalha.
Situações de uso das PICS e convencional no cotidiano.
Escolha da abordagem terapêutica e diferenças com a abordagem tradicional.
Principais motivos que fazem com que os usuários de PICS procurem pelo serviço.
Aspectos semelhantes entre os usuários de PICS, em termos de perfil.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi convidado(a) a participar da pesquisa " ESCOLHA DO CONSUMIDOR NO CONTEXTO DA MEDICINA INTEGRATIVA: IDENTIFICANDO FATORES INFLUENCIADORES DO USO E DO BEM-ESTAR", conduzida pela doutoranda Vanessa Alves Pinhal, com orientação do Prof. Dr. André Francisco Alcântara Fagundes da Universidade Federal de Uberlândia. Nesta pesquisa nós estamos buscando analisar os fatores que influenciam o consumo das práticas integrativas e complementares em saúde, considerando consumidores que fazem ou fizeram uso de três práticas específicas: acupuntura, homeopatia e reiki. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia. **[Inserir Código CAAE quando aprovado]**. A coleta de dados é feita, exclusivamente, online, sem identificação dos participantes por meio do formulário disponível em: **[link do questionário]**. As respostas serão armazenadas considerando a ordem crescente de preenchimento dos questionários no sistema. Os dados fornecidos na pesquisa serão utilizados de forma agregada, sem identificação individual. Para completar o questionário, você levará entre 12 e 15 minutos. Os dados obtidos serão mantidos pelos pesquisadores por um prazo mínimo de cinco anos após o término da pesquisa e depois serão eliminadas. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Os pesquisadores se comprometem a divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada, conforme Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa, não havendo necessidade de deslocamento para a coleta de dados. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19). Em caso de dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Vanessa Alves Pinhal, telefone (34) 99678-3211 ou Prof. Dr. André Francisco Alcântara Fagundes, telefone (34) 99971-8294 ou no endereço da Universidade Federal de Uberlândia, Av. João Naves de Ávila, nº 2121, Programa de Pós-Graduação em Administração – Campus Santa Mônica, Bloco 5M, Sala 109, Uberlândia/MG, 38400-902. Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de

pesquisa acesse a cartilha no link:
http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/img/boletins/Cartilha_Direitos_Participantes_de_Pesquisa_2020.pdf Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica, Uberlândia/MG, 38.408-100; telefone: 34 - 3239-4131 ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br. Desde já, agradecemos a sua colaboração!

Você consumiu alguma prática integrativa (Acupuntura, Homeopatia ou Reiki) nos últimos 6 meses com o intermédio de um profissional de saúde?

() Sim

() Não

1. Considerando sua experiência com esses serviços, em uma escala de 7 pontos, indo de 1 (**muito fácil**) a 7 (**muito difícil**), você diria que é:

	Muito fácil					Muito Difícil
Encontrar informações sobre tratamentos de doenças que o preocupam?						
Descobrir onde obter ajuda profissional quando estou doente?						
Entender o que o profissional de saúde diz para você?						
Compreender as instruções do profissional de saúde sobre como tomar um medicamento?						
Julgar quando você pode precisar obter uma segunda opinião de outro profissional?						
Usar as informações que o profissional de saúde lhe dá para tomar decisões sobre sua doença?						
Seguir as instruções do profissional de saúde?						
Encontrar informações sobre como gerenciar problemas de saúde mental, como estresse ou depressão?						
Entender por que você precisa de exames de saúde?						
Entender os sinais de saúde sobre comportamentos como fumar, pouca atividade física e beber demais						
Julgar se as informações sobre riscos à saúde na mídia são confiáveis?						

Decidir como você pode se proteger de doenças com base em informações na mídia?						
Descobrir atividades que são boas para o seu bem-estar mental?						
Compreende os conselhos sobre saúde de familiares ou amigos?						
Entende as informações na mídia sobre como ficar mais saudável?						
Julgar qual comportamento cotidiano está relacionado à sua saúde?						

3. Para responder às questões abaixo, pense especificamente sobre as práticas de Acupuntura, Reiki e Homeopatia. As afirmações a seguir referem-se aos seus comportamentos em relação ao consumo desses tratamentos. Não há resposta certa ou errada. Por favor, analise atentamente cada frase e marque a resposta que melhor reflita seus pensamentos e sentimentos em relação a esse tipo de consumo.

Assim, você deverá responder a cada frase de acordo com uma escala de avaliação que varia de 1 (Discordo Totalmente) a 7 (Concordo Totalmente). Quanto mais próxima de 1 for a sua resposta, maior é a sua discordância em relação à frase e, quanto mais próximo de 7, maior é a sua concordância.

Construtos ²	Discordo Totalmente							Concordo Totalmente
	1	2	3	4	5	6	7	
Confiança								
Eu duvido que o profissional de saúde realmente se importe comigo como pessoa.								
O profissional de saúde geralmente considera as minhas necessidades e as coloca em primeiro lugar.								
Confio tanto no profissional de saúde que procuro sempre seguir os seus conselhos.								
Se o profissional de saúde me diz que algo é assim, então deve ser verdade.								
Às vezes desconfio da opinião do profissional de saúde e gostaria de uma segunda opinião.								
Eu confio nos julgamentos do profissional de saúde sobre meus cuidados								
Sinto que o profissional de saúde não faz tudo o que deveria para o meu atendimento.								
Confio no profissional de saúde para colocar as minhas necessidades médicas acima de todas as outras preocupações								
Meu profissional de saúde é um verdadeiro especialista em cuidar de problemas médicos como os meus.								
Confio no profissional de saúde para me dizer se houve algum erro no meu tratamento.								
Às vezes me preocupo com a possibilidade do profissional não manter o sigilo das minhas informações								
Empoderamento								
Sou capaz de lidar com a minha doença								

² No questionário não constará o nome do construto, uma vez que as questões serão randomizadas.

Tenho todas as informações de que preciso para controlar minha doença							
Sou capaz de ajudar os profissionais de saúde a alcançar decisões relacionadas à minha doença							
Minha família me apoia muito							
Preciso do apoio de minha família e amigos							
Minha família e amigos ainda dependem de mim							
Posso me adaptar às mudanças em meu estilo de vida							
Os profissionais de saúde ficam felizes em me incluir no decisões relacionadas à minha doença.							
Quero que minha família e amigos continuem a depender de mim							
Meus amigos sempre me apoiam							
Ainda me sinto útil em minha vida diária							
Minhas crenças espirituais me ajudam a lidar com a minha doença							
Eu aceito que tenho que mudar meu estilo de vida							
As terapias complementares me ajudam a enfrentar minha condição de saúde							
Tenho muita confiança no meu profissional de saúde							
Bem-Estar Percebido do Serviço							
<i>Relacionamento</i>							
Tenho a sensação de que o profissional está interessado no meu pedido.							
Confio no meu provedor de serviços / funcionário.							
Durante o atendimento, sinto que sou levado a sério.							
Durante o atendimento, sou tratado com justiça.							
<i>Emoções Positivas</i>							
Durante o atendimento, tenho um sentimento de felicidade.							
Durante o atendimento, experimento sensações agradáveis.							
Durante o atendimento, me sinto alegre.							
<i>Comprometimento</i>							
Durante o atendimento, estou interessado.							
Durante o atendimento, fico atento.							
Durante o atendimento, fico comprometido.							
<i>Ausência de emoções negativas</i>							
Durante o atendimento, sinto-me estressado.							
Durante todo o atendimento, tenho sentimentos negativos.							
Durante o atendimento, fico envergonhado.							
<i>Significado e Realização</i>							
Ao longo do atendimento, sinto otimismo.							
Tenho a sensação de que, ao usufruir do atendimento, fiz algo importante para mim.							
Depois do atendimento, sinto como se tivesse alcançado algo.							
Espiritualidade							
Minha espiritualidade me dá uma sensação de realização.							
Eu mantenho uma consciência interior da presença de Deus em minha vida.							
Mesmo quando tenho problemas, posso encontrar uma paz espiritual dentro de mim.							
Tento fortalecer meu relacionamento com Deus.							
Manter minha espiritualidade é uma prioridade para mim.							
Deus me ajuda a superar minhas circunstâncias imediatas.							

Minha espiritualidade me ajuda a entender o propósito da minha vida.							
Experimento uma profunda comunhão com Deus.							
Influência Interpessoal							
A tendência de consumo de práticas integrativas entre as pessoas ao meu redor está aumentando							
As pessoas ao meu redor geralmente acreditam que é melhor para a saúde fazer uso das práticas integrativas							
Meus amigos próximos e familiares agradeceriam se eu consumisse das práticas integrativas							
Eu receberia todo o suporte necessário (dinheiro, tempo, informações relacionadas) de amigos e familiares para usar as práticas integrativas.							
Abertura à Experiência (Escala de Curiosidade – Dimensão Joyous exploration)							
Encaro situações desafiadoras como uma oportunidade de crescer e aprender.							
Estou sempre à procura de experiências que desafiem a forma como penso sobre mim e sobre o mundo.							
Procuro situações em que é provável que eu tenha que pensar profundamente sobre algo.							
Gosto de aprender sobre assuntos que não são familiares para mim.							
Acho fascinante aprender novas informações.							
Atitude							
Eu gosto das PICS							
Eu me sinto positivo em relação às PICS							
As PICS são úteis e atrativas.							
As PICS são boas.							
Intenção de Compra							
É muito provável que eu consuma as PICS.							
Estou muito disposto a consumir as PICS.							
Estou muito propenso a consumir as PICS.							
Etnocentrismo							
Não importa o que aconteça, sempre apoiarei as pessoas da região em que vivo e nunca as decepcionarei.							
É absolutamente vital que todos as pessoas da região em que vivo pensem e se comportem de forma unida.							
Geralmente prefiro fazer coisas com pessoas da região em que vivo do que com pessoas que vivem em outras regiões.							
Acredito que as pessoas da região em que vivo são melhores do que outros.							
Eu gosto da ideia de uma sociedade em que pessoas de regiões completamente diferentes se misturam livremente.							
Devemos sempre ter consideração pelo bem-estar das pessoas que vivem em regiões diferentes da nossa, mesmo que, ao fazer isso, possamos perder alguma vantagem sobre eles.							

Quais Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) você já usa ou já usou?

- ☐ Acupuntura
- ☐ Homeopatia
- ☐ Fitoterapia
- ☐ Antroposofia
- ☐ Reiki
- ☐ Outras: _____

Há quanto tempo você faz uso das PICS?

- ☐ Há menos de um ano
- ☐ Entre 1 ano e menos de 3 anos
- ☐ Entre 3 anos e menos de 5 anos
- ☐ Entre 5 anos e menos de 7 anos
- ☐ Há 7 anos ou mais

Como você avalia sua condição de saúde atualmente?

- ☐ Excelente
- ☐ Boa
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim

Você é portador(a) de alguma doença crônica (exemplos: asma, diabetes, câncer, hipertensão)?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Prefiro não responder

Se sim, qual: _____

Você pratica exercícios físicos regularmente?

- ☐ Não
- ☐ Sim, de 1 a 2 vezes por semana.
- ☐ Sim, de 3 a 4 vezes por semana
- ☐ Sim, de 5 a 6 vezes por semana
- ☐ Sim, todos os dias da semana

Qual é o seu sexo?

- ☐ Masculino
- ☐ Feminino

Em qual ano você nasceu?

Qual é o seu estado civil?

- ☐ Solteiro(a)
- ☐ Casado(a) ou em união estável
- ☐ Separado(a) / Divorciado(a) /
- ☐ Viúvo(a)
- ☐ Outros (especifique): _____

Qual é o seu grau de escolaridade?

Ensino Fundamental incompleto.

Ensino Fundamental completo.

Ensino Médio incompleto.

Ensino Médio completo.

Ensino Superior incompleto.

Ensino Superior completo.

Pós-graduação incompleto.

Pós-graduação completo.

Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda mensal familiar?

Até 1 salário-mínimo (até R\$ 1.100,00).

Entre 1 e 3 salários-mínimos (de R\$ 1.100,01 até R\$ 3.300,00).

Entre 3 e 6 salários-mínimos (de R\$ 3.300,01 até R\$ 6.600,00).

Entre 6 e 9 salários-mínimos (de R\$ 6.600,01 até R\$ 9.900,00).

Entre 9 e 12 salários-mínimos (de R\$ 9.900,01 até R\$ 13.200,00).

Entre 12 e 15 salários-mínimos (de R\$ 13.200,01 até R\$ 16.500,00).

Mais de 15 salários-mínimos (acima de R\$ 16.500,00).

Incluindo você, quantas pessoas usufruem dessa renda familiar?

1 (apenas eu).

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11 ou mais.

Em qual estado você mora atualmente? _____

Acre (AC)

Alagoas (AL)

Amapá (AP)

Amazonas (AM)

Bahia (BA)

Ceará (CE)

Distrito Federal (DF)

Espírito Santo (ES)

Goiás (GO)

Maranhão (MA)

Mato Grosso (MT)

Mato Grosso do Sul (MS)

Minas Gerais (MG)

Pará (PA)

Paraíba (PB)

Paraná (PR)
Pernambuco (PE)
Piauí (PI)
Rio de Janeiro (RJ)
Rio Grande do Norte (RN)
Rio Grande do Sul (RS)
Rondônia (RO)
Roraima (RR)
Santa Catarina (SC)
São Paulo (SP)
Sergipe (SE)
Tocantins (TO)

Onde você mora?

Na capital do estado.

No interior do estado.

Eu não moro no Brasil.

Qual o nome da cidade onde você mora?

APÊNCICE C – MATERIAL DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

ACUPUNTURA, HOMEOPATIA E REIKI

Quais fatores influenciam seu consumo?



SOBRE A PESQUISA

Esta pesquisa é resultado da tese de doutorado da discente Vanessa Alves Pinhal, realizada pela Faculdade de Gestão e Negócios da Universidade Federal de Uberlândia e com financiamento da CAPES.

O MÉTODO

O estudo foi realizado em duas fases: uma etapa de entrevistas com profissionais de saúde e consumidores das PICS; e outra com a divulgação de um questionário online amplamente divulgado para o público consumidor das PICS.

FATORES INFLUENCIADORES



Confiança no profissional

Confiança que se desenvolve entre o paciente e o provedor de saúde em uma parceria em que os objetivos são compartilhados e há um respeito mútuo pela contribuição de cada um para o processo. Envolve o compartilhamento de conhecimento, o desenvolvimento de uma conexão emocional e profissional, e o tratamento mútuo com respeito e honestidade.



Alfabetização em Saúde

É uma medida da capacidade de um indivíduo de buscar, compreender e usar informações de saúde dentro do ambiente dos serviços de saúde.



Empoderamento

É um processo de colaboração entre pacientes e profissionais, cujo resultado é um paciente com maior capacidade de exercer controle, gerenciar sua condição e tomar decisões informadas.



Espiritualidade

Engloba a busca pelo sentido na vida, pela autorrealização e a conexão com o 'eu interior' e o todo universal, podendo ser entendida como o relacionamento do indivíduo com Deus, ou o que quer que se perceba como a Transcendência Suprema. É um fenômeno multidimensional que é vivenciado universalmente, em parte construído socialmente e desenvolvido individualmente ao longo da vida.



Influência Interpessoal

Necessidade de se identificar ou melhorar a imagem de alguém na opinião de outras pessoas significativas por meio da aquisição e uso de produtos e marcas, a vontade de se conformar às expectativas dos outros em relação às decisões de compra e /ou a tendência para aprender sobre produtos e serviços observando outras pessoas ou buscando informações de terceiros.

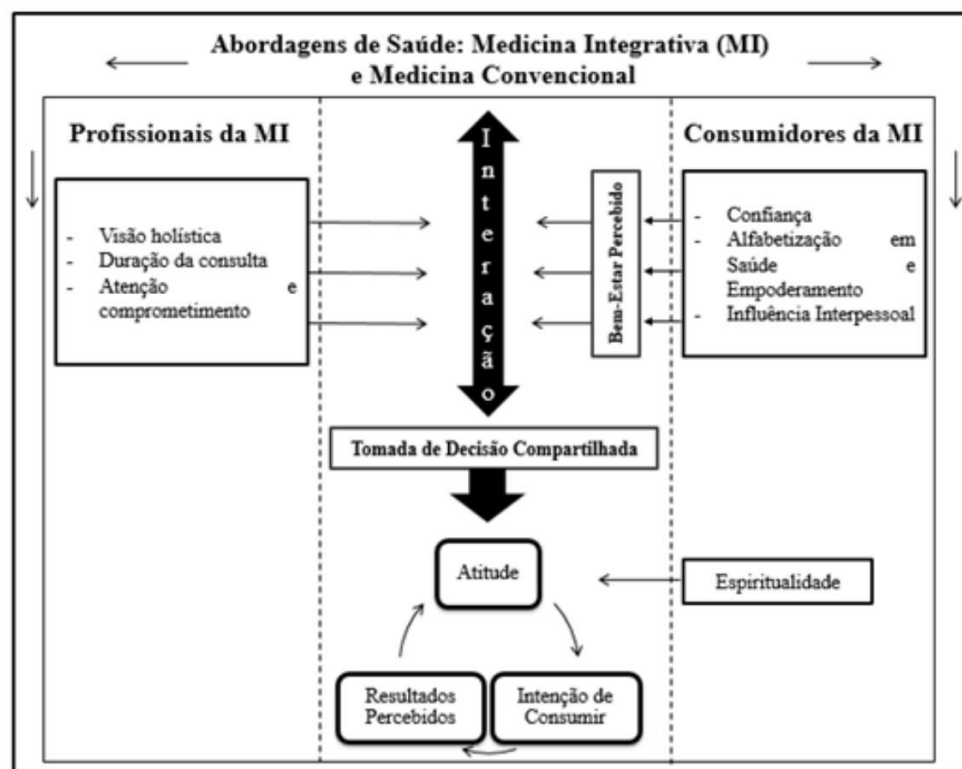


Bem-Estar do serviço ao consumidor

Resposta positiva resultante do caráter experiencial, relacional, processual e interativo de uma situação de serviço ou serviço com interação cliente-funcionário.



Esquema Integrativo de Consumo das PICS



Fonte: dados da pesquisa

As ações de profissionais e consumidores são amplamente influenciadas pelas duas principais abordagens de práticas médicas, a convencional e a integrativa. Diante desse contexto, os consumidores que tendem a consumir as PICS, apresentaram algumas características como a vontade de exercer maior controle em relação à sua saúde, por meio da busca de informações (alfabetização em saúde), levando-os a certo nível de empoderamento.

Para que essas pessoas sintam um maior bem-estar, é importante para elas que os profissionais lhes transmitam confiança, desde o processo de busca por indicações, se tornando relevante também as influência interpessoais, até as consultas propriamente ditas, nas quais os consumidores terão suas percepções relacionadas à confiabilidade. Esse processo de tomada de decisão, que passa a ser feito, não mais de forma totalmente passiva, mas em conjunto com o profissional de saúde, por meio de mais diálogo, esclarecimento de dúvidas e experiências, começa a gerar atitudes positivas em relação às PICS.

De modo geral, a pesquisa mostra que, para a amostra analisada, a espiritualidade está positivamente relacionada com uma atitude favorável sobre as PICS, levando a intenção de consumi-las. Finalmente, existem alguns resultados percebidos no decorrer das análises, dentre eles: o desenvolvimento de uma maior consciência sobre a própria saúde; e possíveis mudanças de hábitos, como incorporação de atividade física. Ressalta-se que o modelo apresentado e discutido é cabível para o contexto da amostra realizada e tem características mais marcantes da região representativa da amostra, que foi o Triângulo Mineiro.

APÊNCICE D – SCORES DOS CONSTRUTOS DE SEGUNDA ORDEM

Scores das variáveis latentes do Bem-Estar percebido do serviço

	BE_ausencia_em_n eg	BE_comprometimen to	BE_emocoes_positiv as	BE_relacionamen to	BE_significad o
0	-1,634	-0,743	-1,375	-1,295	0,410
1	-1,883	-0,150	-0,563	0,331	-1,267
2	0,606	-0,150	0,249	0,662	0,654
3	-0,535	0,250	0,293	0,828	0,181
4	0,181	1,026	1,061	1,111	0,883
5	0,143	-0,150	0,249	-1,142	0,646
6	0,890	1,026	-0,499	0,545	0,883
7	0,675	-0,150	0,249	0,061	0,418
8	-0,034	-0,739	-0,563	-0,989	-0,641
9	-2,021	1,026	1,061	0,449	0,121
10	-0,141	-0,150	0,249	0,449	0,121
11	1,031	0,654	-0,251	1,111	-0,276
12	0,675	1,026	-0,563	1,111	0,883
13	-1,171	-0,739	-0,563	-0,245	0,121
14	1,031	1,026	0,541	0,828	0,646
15	0,890	0,468	0,045	1,111	0,883
16	1,031	-0,150	-0,023	0,662	0,121
17	0,322	0,036	0,249	0,946	-0,870
18	-2,274	-0,150	-2,999	-1,626	-1,114
19	0,143	-0,150	0,249	0,061	0,121
20	1,031	-0,150	0,249	0,061	0,121
21	0,001	-0,150	-1,375	0,061	0,121
22	-0,638	1,026	-1,375	-0,989	-0,284
23	-3,235	-1,139	-3,291	-3,561	-3,688
24	0,322	-0,949	0,249	0,204	0,121
25	-0,711	0,626	-1,375	-0,989	-0,641
26	0,890	0,036	-0,543	-1,453	0,121
27	0,890	1,026	0,769	0,805	0,883
28	0,001	-0,335	-0,835	-0,999	-0,870
29	0,177	0,626	0,001	-0,834	0,173
30	1,031	0,840	-0,627	-1,002	-0,292
31	0,392	0,436	1,061	0,216	0,883
32	1,031	0,250	0,789	0,946	0,654
33	1,031	-1,559	1,061	-2,220	0,646
34	0,143	0,626	1,061	1,111	0,883
35	-0,068	1,026	1,061	1,111	0,883
36	0,641	1,026	1,061	0,828	0,883

37	-2,879	-0,146	0,249	0,003	0,418
38	-1,741	0,226	-0,627	0,662	-0,336
39	1,031	0,654	1,061	0,805	0,883
40	0,285	0,440	0,045	-0,674	-0,268
41	1,031	0,840	0,541	0,946	0,883
42	0,890	0,096	1,061	1,111	0,883
43	0,499	-1,325	-0,563	-0,989	-1,106
44	0,675	1,026	0,789	1,111	0,654
45	0,322	-0,335	-0,271	-0,716	0,121
46	0,001	1,026	1,061	0,214	0,883
47	-0,037	-0,150	0,497	0,532	-0,108
48	-1,136	-0,549	-0,043	-0,553	-0,176
49	0,143	-0,150	0,249	0,061	-0,108
50	-2,346	0,040	0,249	0,367	-0,108
51	1,031	1,026	-0,426	1,111	0,883
52	1,031	0,068	-0,607	0,662	-0,536
53	0,499	1,026	0,021	0,522	0,654
54	0,250	-0,146	-0,023	0,828	0,646
55	-1,531	1,026	0,813	0,640	0,883
56	1,031	1,026	1,061	0,615	0,883
57	1,031	1,026	-0,227	1,111	0,883
58	0,499	0,626	0,813	0,510	0,883
59	0,641	1,026	1,061	-0,378	0,654
60	-0,638	0,226	1,061	0,946	0,883
61	-0,853	0,064	1,061	0,344	0,654
62	1,031	-0,150	0,273	-0,079	-0,344
63	-1,244	-1,325	-0,563	-1,285	-0,412
64	0,499	1,026	1,061	0,828	0,883
65	-0,140	0,840	1,061	1,111	0,883
66	0,250	1,026	1,061	0,532	0,654
67	1,031	1,026	1,061	0,946	0,883
68	1,031	0,254	1,061	0,071	0,883
69	0,322	0,840	1,061	0,357	0,883
70	0,001	0,626	0,541	0,357	0,121
71	1,031	0,064	0,789	0,048	0,189
72	-0,570	-0,925	-1,375	-1,298	-0,870
73	-0,956	1,026	1,061	0,357	0,654
74	1,031	-0,146	0,293	0,946	0,425
75	1,031	1,026	1,061	0,532	0,883
76	-0,746	-1,325	-1,059	-1,912	-0,641
77	0,748	1,026	1,061	0,166	0,883
78	-0,213	-1,511	-0,563	-0,541	-0,344
79	1,031	1,026	1,061	1,111	0,883
80	-1,140	0,468	-0,747	0,946	0,883
81	0,143	1,026	0,789	0,946	0,883

82	-1,561	-1,935	0,249	-0,089	0,121
83	0,533	0,840	0,021	0,118	0,646
84	0,890	1,026	1,061	1,111	0,883
85	1,031	1,026	1,061	1,111	0,883
86	0,464	1,026	1,061	0,828	0,883
87	0,533	1,026	0,789	1,111	0,883
88	1,031	0,840	0,249	0,357	0,654
89	-0,604	0,840	-0,023	1,111	0,883
90	0,748	1,026	1,061	1,111	0,883
91	0,890	-0,339	1,061	1,111	0,654
92	1,031	0,654	0,789	1,111	0,883
93	0,322	0,468	1,061	-0,222	0,883
94	0,143	0,440	-0,563	-0,388	-0,344
95	1,031	-0,732	0,497	1,111	0,654
96	-1,244	1,026	-0,499	0,780	0,883
97	1,031	1,026	0,813	0,000	0,883
98	-0,673	1,026	-0,671	1,111	0,646
99	-0,922	-2,314	-2,191	-1,556	-2,036
100	0,143	-0,335	0,249	-0,245	0,121
101	0,001	-0,150	0,249	0,061	-0,405
102	0,464	1,026	0,813	1,111	0,425
103	-0,106	-0,335	-0,835	-0,270	-0,633
104	0,322	0,840	1,061	1,111	0,883
105	1,031	-0,090	1,061	1,111	0,883
106	-0,818	0,226	0,229	-2,536	-0,055
107	1,031	1,026	-0,791	0,828	-0,040
108	0,001	-0,150	-0,271	-0,235	0,121
109	1,031	1,026	0,565	0,545	0,654
110	0,533	1,026	1,061	1,111	0,883
111	0,748	1,026	0,318	1,111	0,425
112	0,533	1,026	0,541	0,640	0,654
113	1,031	1,026	1,061	1,111	0,883
114	0,074	0,626	0,813	0,640	0,883
115	0,748	1,026	0,789	0,319	0,883
116	1,031	1,026	1,061	0,357	0,883
117	-0,179	-2,892	1,061	0,073	-0,489
118	-1,106	1,026	1,061	1,111	0,883
119	0,108	1,026	0,517	1,111	0,410
120	0,606	0,096	0,021	0,615	0,646
121	-1,175	-0,150	0,001	-0,872	0,883
122	-0,497	0,840	0,813	0,061	0,289
123	0,533	-0,150	0,293	-0,388	-0,589
124	1,031	1,026	-0,023	-0,044	0,654
125	-1,707	-0,335	0,789	-0,859	0,349
126	0,464	1,026	0,477	-0,117	0,418

127	0,890	1,026	1,061	1,111	0,883
128	0,675	0,040	1,061	0,344	0,654
129	-0,175	-0,521	0,541	-0,694	0,654
130	1,031	1,026	1,061	1,111	0,883
131	0,748	-0,493	1,061	0,662	0,883
132	-0,887	-0,150	0,541	0,532	0,654
133	-1,776	-0,925	-0,315	-0,989	-0,100
134	0,641	0,840	0,789	-0,964	0,654
135	0,890	0,654	0,789	-0,059	0,883
136	0,533	1,026	1,061	-0,388	0,883
137	0,499	0,840	1,061	0,662	0,646
138	-0,566	0,468	0,517	0,179	0,654
139	1,031	1,026	1,061	-0,092	0,883
140	1,031	1,026	1,061	1,111	0,883
141	1,031	1,026	1,061	1,111	0,883
142	0,606	1,026	1,061	-0,563	0,654
143	0,392	-0,739	0,249	-0,989	-0,116
144	-2,274	-0,739	-0,291	0,061	-0,352
145	1,031	0,840	1,061	0,262	0,883
146	0,641	1,026	1,061	1,111	0,883
147	1,031	0,250	0,789	0,474	0,654
148	0,322	0,440	0,541	0,946	0,646
149	-0,673	-0,335	-0,563	-0,716	-0,108
150	0,464	-0,090	-1,375	0,662	-0,513
151	-1,741	0,036	-0,563	-0,222	-0,405
152	-1,634	-1,325	-0,855	-0,505	-1,327
153	0,748	-0,949	-0,291	-1,285	-0,284
154	-2,059	-2,104	0,789	1,111	-0,938
155	-0,853	-2,314	-1,647	-2,606	-0,581
156	0,890	0,840	1,061	1,111	0,883
157	1,031	0,626	0,541	0,662	-0,032
158	0,464	-1,539	-0,587	0,522	0,418
159	-0,424	-0,150	-1,375	0,061	-0,352
160	0,177	0,626	1,061	-0,694	0,646
161	-4,299	1,026	-3,811	-5,190	-3,688
162	1,031	-0,925	-1,063	-0,115	-1,166
163	0,533	-0,735	-0,315	-0,410	-0,802
164	-0,497	0,626	-1,127	0,367	-0,352
165	-0,497	0,436	0,521	0,028	0,586
166	-0,531	1,026	1,061	1,111	0,883
167	-0,355	-1,297	-0,791	-0,079	-0,862
168	-0,746	-0,925	-0,043	-0,232	-0,055
169	0,641	0,626	1,061	0,946	0,883
170	0,143	-1,111	0,249	-0,837	-0,641
171	0,143	-0,150	-0,023	0,662	0,418

172	-0,282	-0,949	0,249	0,061	-0,108
173	-1,458	0,440	1,061	0,805	-0,040
174	1,031	0,840	1,061	1,111	0,646
175	-0,497	-1,325	-1,083	-1,744	-0,809
176	0,533	-0,150	0,001	-0,105	-0,108
177	0,143	0,250	0,813	-0,543	0,883
178	-0,072	-0,735	-1,647	-0,989	-1,174
179	0,533	-0,150	0,249	-0,245	0,121
180	1,031	0,654	-0,251	1,111	0,883
181	-1,209	-0,150	-1,107	-0,105	-0,336
182	0,250	0,036	-1,083	0,367	-1,106
183	0,890	-1,914	-2,187	-1,461	-1,860
184	0,285	-1,325	-1,375	-0,989	-1,579
185	-0,462	-2,124	-1,375	-0,541	-2,858
186	0,606	-1,325	-1,870	-0,989	-2,157
187	0,641	-1,325	-1,375	-0,684	-2,089
188	0,285	-0,739	-1,375	-1,155	-1,403
189	-0,462	-2,314	-1,623	-2,345	-2,112
190	1,031	-1,325	-1,083	0,061	-1,800
191	1,031	1,026	1,061	1,111	0,883
192	-0,141	-0,549	-0,791	-0,989	-1,403
193	1,031	1,026	1,061	0,500	0,883
194	0,533	0,436	-0,924	-3,421	-0,397
195	0,890	1,026	0,229	0,379	0,883
196	1,031	0,036	1,061	0,828	0,883
197	-0,141	-0,549	-0,855	-0,528	-0,809
198	1,031	0,840	0,789	0,805	0,883
199	-1,385	-0,925	-2,187	-0,684	-0,116
200	1,031	1,026	-0,067	1,111	0,883
201	-1,209	-0,150	-1,083	0,357	-1,106
202	-1,209	-1,325	-1,083	0,061	-1,815
203	0,143	-1,725	-0,563	-0,105	-1,054
204	-1,351	-1,325	-1,083	-0,989	-1,639
205	-0,638	0,436	-0,563	-0,410	-0,870
206	-1,209	-1,725	-1,375	-0,989	-2,112
207	-1,634	-1,914	-1,375	-1,744	-0,877
208	-1,634	1,026	-0,791	-1,461	-1,403
209	-1,634	-1,325	-1,375	-0,989	-1,403
210	-0,746	-3,086	-1,375	-1,285	-1,114
211	-1,209	-2,500	-1,083	-1,604	-2,926
212	-1,634	-1,325	-0,295	-0,388	-1,403
213	-1,492	-2,100	-1,375	-0,989	-2,165
214	-0,818	-1,325	-1,331	0,061	-2,401
215	-1,063	-0,339	-1,331	-1,463	-0,040
216	1,031	-1,325	-0,811	-1,155	0,654

217	0,143	-1,325	-1,083	-0,626	-2,461
218	-1,634	-1,325	-0,835	-0,235	-1,174
219	1,031	-1,325	-1,083	-1,295	-0,762
220	-1,527	-2,500	-1,127	-1,155	-0,641
221	-1,244	-1,139	-0,271	-1,120	-2,165
222	-0,994	-1,325	-2,187	-0,375	-2,401
223	-1,351	-1,914	-2,999	-1,285	-2,401
224	0,641	-0,150	1,061	-0,222	-1,639
225	-1,106	1,026	-0,499	-0,105	0,646

Scores das variáveis latentes do Alfabetização em Saúde

	ALF_busca_info	ALF_compreensao	ALF_consequencias	ALF_uso_infos
0	1,173	1,219	0,923	-1,170
1	-1,626	0,137	0,493	0,239
2	-1,458	-1,056	0,493	-1,403
3	-1,287	0,562	0,014	0,407
4	-0,340	1,528	0,923	-1,873
5	-2,645	-1,231	0,014	-2,610
6	-2,234	-0,366	0,923	0,374
7	0,420	0,463	0,014	0,273
8	0,234	-0,393	0,493	0,742
9	1,054	0,463	0,923	1,546
10	0,276	-0,239	0,014	0,004
11	1,183	1,109	0,923	0,407
12	0,875	0,419	0,923	-0,399
13	0,604	0,489	-0,798	-1,169
14	1,322	0,771	0,063	1,580
15	0,294	-0,465	0,923	0,642
16	0,738	0,728	-0,416	1,111
17	0,078	-0,165	0,923	-0,331
18	-0,519	-0,338	0,493	-0,598
19	-0,924	-1,531	0,493	-0,196
20	1,350	1,246	0,923	1,111
21	1,047	0,082	0,493	0,742
22	0,745	0,463	0,493	-0,231
23	0,593	0,911	0,493	0,374
24	-0,448	-0,969	0,014	-0,029
25	-0,346	0,728	0,493	0,441
26	-0,486	-0,029	0,493	-2,007
27	1,068	1,528	0,923	0,976
28	-1,091	-0,911	0,014	-1,102
29	1,036	1,263	0,923	1,312
30	0,413	1,036	0,923	1,445
31	-1,738	-0,320	-0,035	0,708
32	0,226	-1,432	-0,465	0,540
33	-0,195	-0,410	-1,374	-0,130
34	1,809	1,318	0,923	1,781
35	0,902	1,528	0,923	1,949
36	1,025	0,954	0,923	1,009
37	1,809	0,899	0,923	1,245
38	-2,045	0,937	-3,192	-1,002
39	0,573	1,036	0,923	1,043
40	-0,412	0,026	-1,374	0,373
41	-0,584	0,347	0,493	0,373

42	0,574	1,036	-0,465	0,105
43	-0,382	-0,620	-0,895	-1,136
44	0,766	1,528	0,923	-0,499
45	0,421	0,472	0,923	0,742
46	0,241	0,728	0,444	0,239
47	0,390	-0,393	0,923	0,273
48	0,588	-0,338	0,014	-0,398
49	0,095	0,489	0,014	-0,565
50	-0,567	-0,166	0,923	0,607
51	-1,722	0,937	0,923	0,675
52	1,500	-0,713	0,923	1,077
53	0,588	1,010	0,493	1,144
54	-0,836	-0,311	-0,465	0,507
55	-1,730	-2,258	-2,283	-1,001
56	1,809	1,219	0,444	1,747
57	0,784	1,528	0,923	0,239
58	1,009	1,053	-1,902	-0,566
59	1,148	0,998	-0,035	-0,835
60	-0,795	-1,513	0,493	-1,102
61	-1,411	-1,839	-3,192	-0,934
62	-0,508	0,728	0,923	0,072
63	0,450	0,489	0,014	0,976
64	0,573	0,518	0,444	1,111
65	-0,100	-0,102	-0,514	-0,465
66	1,312	1,528	0,923	0,742
67	0,930	0,788	0,444	-3,079
68	0,397	0,446	0,923	-0,734
69	0,393	-0,277	-0,367	0,675
70	0,557	-0,055	0,493	0,943
71	0,104	0,463	-0,035	-0,835
72	-0,202	-0,128	0,493	-0,565
73	-0,657	1,010	-0,416	-0,197
74	-0,322	-0,829	0,014	-0,163
75	-0,077	1,246	0,923	1,513
76	-0,225	-1,359	-0,895	-0,130
77	-3,006	-0,463	0,014	-2,141
78	-0,974	-0,603	0,063	-0,465
79	0,426	0,964	0,923	0,004
80	1,175	1,528	0,493	0,675
81	0,579	0,463	0,014	1,111
82	0,165	-0,663	-0,895	-0,196
83	-1,761	-0,338	-2,810	-0,866
84	0,063	-0,678	0,923	-3,079
85	1,522	1,318	0,923	0,138
86	0,317	0,227	0,923	-0,297

87	1,198	1,528	0,923	1,312
88	-1,979	-1,685	-2,713	-1,571
89	-0,687	-1,094	-0,895	0,306
90	1,385	1,528	0,923	0,173
91	-0,441	-0,629	-2,234	-1,370
92	-0,020	0,937	0,923	0,138
93	0,264	0,937	0,493	-0,297
94	1,666	1,528	0,923	1,111
95	-0,300	1,246	0,493	-1,270
96	1,096	-0,766	0,923	1,949
97	0,265	0,419	0,063	0,675
98	0,873	-0,192	0,923	0,909
99	-2,180	0,672	-3,622	-0,499
100	-1,001	0,198	-0,367	-1,470
101	-0,362	-0,239	-0,416	-0,800
102	1,090	0,728	0,923	-0,599
103	-0,760	1,219	-0,367	1,278
104	1,479	1,246	0,923	0,742
105	0,088	1,109	0,923	-2,376
106	-0,251	-0,637	-0,367	-0,297
107	-1,592	0,472	0,923	-0,835
108	-0,026	-0,055	0,444	-1,169
109	1,507	-1,417	-0,846	-0,263
110	0,882	0,771	0,014	1,111
111	1,809	1,246	0,923	1,177
112	-0,197	0,154	0,063	-0,030
113	-0,122	0,282	0,923	1,144
114	-0,405	-0,119	0,014	-1,271
115	1,651	0,463	0,923	0,675
116	1,035	-0,338	0,923	0,239
117	-0,152	-0,675	0,014	0,675
118	1,175	0,698	0,493	1,110
119	0,308	-0,195	0,923	1,245
120	-0,810	-1,094	-1,423	0,239
121	0,574	-0,338	0,014	-0,163
122	0,601	0,463	-0,465	0,541
123	-1,979	-2,116	-1,755	-1,470
124	-1,996	-1,965	0,923	-1,673
125	-0,529	-2,497	-1,804	0,005
126	0,174	-0,427	0,923	-0,700
127	1,809	1,528	0,923	1,949
128	-0,033	-0,658	0,014	-0,264
129	-0,198	-1,022	-0,416	-0,565
130	-1,343	-1,569	-2,664	-0,700
131	0,134	-0,012	-0,416	0,507

132	-1,600	-1,697	-0,465	-0,029
133	1,335	1,219	0,014	1,111
134	-1,004	-2,296	-0,465	-1,504
135	0,286	0,617	0,923	0,138
136	0,587	1,246	0,923	0,507
137	0,149	-0,311	-0,416	-0,029
138	-0,653	-0,012	-0,895	0,105
139	1,227	1,528	0,923	0,741
140	0,372	1,010	0,923	0,742
141	-1,005	-0,102	0,923	-2,241
142	-0,966	-1,458	-0,895	-0,633
143	-0,982	-1,359	-1,325	-0,833
144	-1,815	-0,702	-0,416	-0,364
145	-1,105	-1,624	-2,283	-0,130
146	0,862	-1,138	0,923	0,003
147	-1,614	-0,649	0,923	-0,297
148	0,601	0,198	0,923	-0,699
149	-1,766	-1,586	0,493	-1,839
150	-0,789	-0,046	-0,846	-0,700
151	0,507	-0,265	0,923	0,540
152	-0,421	-0,154	0,063	-1,538
153	-0,522	-0,812	0,014	-0,130
154	0,557	-0,730	0,923	1,144
155	-0,172	-1,012	0,493	-0,028
156	0,139	1,528	0,493	-0,298
157	-0,048	1,528	0,923	0,976
158	1,192	0,981	0,493	1,546
159	-0,642	-1,964	0,014	-0,665
160	-0,422	-0,593	-0,465	-0,399
161	-1,727	-2,930	-1,804	-1,034
162	0,272	0,446	0,923	-0,766
163	-0,033	-0,739	0,493	-1,135
164	-0,128	1,528	0,923	0,372
165	-0,041	0,125	0,923	0,373
166	0,882	0,463	0,014	1,111
167	-0,420	0,446	0,493	0,071
168	-0,513	-0,128	0,014	0,138
169	-0,046	1,219	0,923	-1,069
170	-0,153	-1,877	0,493	-0,499
171	-0,254	-1,494	-0,514	-1,973
172	-0,709	-1,877	0,493	-1,169
173	0,932	1,528	-0,798	0,609
174	0,276	-0,320	0,493	1,144
175	-0,363	-0,646	-0,416	0,675
176	0,436	0,754	0,493	0,306

177	0,117	-0,928	0,493	-0,196
178	-0,003	-0,029	0,014	-0,465
179	0,104	0,463	0,444	-0,096
180	-1,577	-1,082	0,923	-0,833
181	0,882	0,279	0,493	0,708
182	-0,047	-0,593	-2,283	-0,130
183	0,588	-0,239	-1,325	1,144
184	-2,167	-1,659	-3,143	-0,700
185	-0,483	-0,978	-1,325	-0,599
186	0,718	-0,294	-1,804	-0,130
187	-1,132	-1,723	-1,755	-0,365
188	0,409	0,562	0,063	0,005
189	0,632	-0,239	-1,325	0,742
190	0,314	0,279	-0,798	0,976
191	1,379	0,899	0,923	1,279
192	-0,025	0,544	-0,416	0,306
193	-1,247	-0,282	0,923	-2,376
194	-2,217	-1,121	-1,374	-2,744
195	0,008	0,800	0,923	-1,672
196	0,350	-0,388	0,923	-1,370
197	-0,442	-0,786	0,923	-1,235
198	0,602	0,899	0,444	0,004
199	-1,751	-0,338	-0,035	-1,136
200	1,477	1,528	0,923	1,613
201	0,566	0,754	0,493	0,876
202	0,284	0,154	0,014	0,742
203	0,241	0,489	-0,416	0,876
204	-0,342	-0,384	-1,276	0,742
205	0,127	0,728	-0,416	0,239
206	-0,970	-1,167	-2,713	-0,465
207	0,730	0,154	-0,416	1,513
208	1,226	0,827	-1,325	1,379
209	-0,530	-0,868	0,014	0,641
210	0,550	0,954	0,014	0,742
211	0,718	0,754	0,014	0,273
212	-0,039	-0,504	-1,325	-0,163
213	-1,723	-1,784	-2,283	-0,934
214	-0,017	-0,029	0,014	0,440
215	-1,443	-1,868	-0,895	-0,766
216	0,126	-0,547	0,014	0,273
217	0,897	1,263	0,063	1,312
218	1,040	-0,012	-0,416	0,843
219	0,918	-0,620	-0,416	0,675
220	0,868	0,279	-0,895	0,708
221	1,069	0,154	-0,465	0,742

222	0,723	-0,303	0,444	0,273
223	-1,135	-2,049	-0,416	-0,297
224	1,327	0,224	-0,465	0,708
225	-2,173	-1,047	-1,276	0,440