

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional

Curso de Psicologia



Trabalho de Conclusão de Curso

**Temperamento e Práticas Integrativas e Complementares: um estudo
transversal**

Juliana Corrêa Hertzberg

Pelotas, 2017

Juliana Corrêa Hertzberg

**Temperamento e Práticas Integrativas e Complementares: Um estudo
transversal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Psicologia da Universidade
Federal de Pelotas, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Hudson Cristiano Wander de Carvalho

Pelotas, 2017

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

H576t Hertzberg, Juliana Corrêa

Temperamento e práticas integrativas e complementares : um estudo transversal / Juliana Corrêa Hertzberg ; Hudson Cristiano Wander de Carvalho, orientador. — Pelotas, 2017.

43 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2017.

1. Psicologia. 2. Medicina alternativa e complementar. 3. Diferenças individuais. 4. Traços de temperamento. I. Carvalho, Hudson Cristiano Wander de, orient. II. Título.

CDD : 150

Juliana Corrêa Hertzberg

Temperamento e Práticas Integrativas e Complementares: um estudo transversal.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial, para obtenção de grau de Bacharel em Psicologia, Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa:

21/08/2017

Banca examinadora:

.....
Prof. Dr. Hudson Cristiano Wander de Carvalho (Orientador).
Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Brasil.

.....
Prof. Dr. Christian Loret de Mola Zanatti
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, Brasil.

.....
Prof. Dr. Jandilson Avelino da Silva
Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Paraíba – UFPB, Brasil.

.....
Prof. Dr. Tiago Neuenfeld Munhoz
Doutor em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, Brasil.

“Toda a ciência, comparada com a realidade, é primitiva e infantil – e, no entanto, é a coisa mais preciosa que temos.”
(ALBERT EINSTEIN, 1879-1955)

Resumo

HERTZBERG, Juliana Corrêa. **Temperamento e Práticas Integrativas e Complementares:** um estudo transversal. 2017. 44f. Artigo (bacharel em Psicologia), Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

O foco deste estudo foi compreender como as diferenças individuais, baseadas no modelo AFECT de traços e tipos de temperamento, estão associadas ao uso de oito Práticas Integrativas e Complementares (PIC): ioga, meditação, reiki, acupuntura, massagem, tai chi chuan, homeopatia e floral. Consiste em um estudo transversal com dados coletados anonimamente no *Brazilian Internet Study on Temperament and Psychopathology* (BRAINSTEP). Os instrumentos analisados foram um questionário sociodemográfico, a escala *Affective and Emotional Composite Temperament Scale* (AFECTS) e o Inventário de Hábitos e Estilo. A amostra foi composta por 22415 indivíduos, com idade dos 18 aos 60 anos ($m= 28.8$ anos, $SD = 9.087$). Prevalência de mulheres (69.5%), caucasianas (69.2%), com ensino médio completo (59.5%), e 30% dos indivíduos tinham diagnóstico psiquiátrico. Os dados do temperamento emocional apontaram que a manifestação mais adaptativa de traços, como exemplo, a vontade e controle aumentam a chance para praticar PIC e a manifestação mais desadaptativa de traços como a raiva e ansiedade diminuem as chances de utilizar PIC. Já os dados de temperamento afetivo apresentaram que perfis mais estáveis (eutímico e hipertímico) aumentam a chance de utilização das PIC enquanto perfis mais internalizados (depressivo), diminuem a chance de utilizar essas práticas. Dessa forma, os dados sugerem que indivíduos com uma alta regulação emocional tendem a praticar mais PIC.

Palavras chave: medicina alternativa e complementar; práticas integrativas e complementares; diferenças individuais; traços de temperamento.

Abstract

HERTZBERG, Juliana Corrêa. **Temperament and Complementary and Alternative Medicine practice:** A cross sectional study. 2017. 44f. Article (bacharel in Psychology), Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2017.

The aim of this study was to understand how individual differences in AFECT model temperament traits and types associated with the use of eight types of Complementary and Alternative Medicine (CAM): yoga, meditation, reiki, acupuncture, massage, tai chi chuan, homeopathy, and florals. It is a cross-sectional web survey, collected anonymously in the Brazilian Internet Study on Temperament and Psychopathology (BRAINSTEP). The instruments analyzed were a socio-demographic questionnaire, The Affective and Emotional Composite Temperament Scale (AFECTS) and Inventory of habits and Style. The sample was 22415 individuals, age ranging from 18 to 60 years ($m= 28,8$ yrs, $SD = 9,087$). Prevalence of women (69.5%), caucasian (69.2%), with high school (59.5%), and 30% of the individuals had a psychiatric diagnosis. The emotional temperament result shows that adaptive manifestation of traits (e.g. volition and control) improve the chance of CAM practices, and maladaptive manifestation of a trait (e.g. anger and anxiety) decrease the chance of CAM use. Affective temperament data show that more stable profile (e.g. euthymic and hyperthymic) increase CAM practices and the practice decrease to internalized types (e.g. depressive). The data suggest that individuals with higher emotional regulation has a tendency to practice more CAM.

Keywords: complementary and alternative medicine; integrative and complementary practices; individual differences; temperament traits.

Sumário

1 Introdução	7
2 Projeto de pesquisa	8
2.1 Racional Teórico	8
2.2 Método	13
2.2.1 Delineamento	13
2.2.2 Amostragem	14
2.2.3 Aspectos éticos	16
2.2.4 Instrumentos	17
2.2.5 Análise estatística	17
2.3 Cronograma	18
2.3.1 Cronograma de trabalho	18
3 Artigo	19
Referências	39

1. Introdução

As práticas de cura e promoção de saúde têm uma longa história de experiências de diferentes culturas locais. Essas técnicas possuem em sua origem um conhecimento místico, baseado em crenças, passados oralmente por muitos anos (WHO, 2002). Nesse panorama, uma visão holística do indivíduo é o modelo para entender o processo de saúde e adoecimento, ou seja, o indivíduo é visto como a relação entre físico, mental, emocional, espiritual, com a natureza e com a sociedade em que está inserido (WILLIAMS, 1998). Em muitas das práticas indígenas sul-americanas, por exemplo, a saúde é entendida no processo entre as relações do homem-ambiente-cultura, e a desarmonia destas pode resultar no adoecimento do indivíduo. Nesse contexto nativo, onde o sujeito faz parte da natureza e é visto como um todo socioespiritual, o adoecimento físico é apenas uma faceta dos males que acometem os homens. Esses males podem variar entre o mau-olhado, feitiços, azar, entre outros, e a intervenção dos xamãs é solicitada para restaurar a harmonia (LUZ, 1997).

Quando essas práxis passam a ser incorporadas no ocidente, acabam por ser reinterpretadas e reapropriadas de forma a se enquadrar nos padrões da medicina convencional (LUZ, 1997). A partir disso, a Organização Mundial da Saúde (WHO) engloba essas práticas no termo Medicina Tradicional (MT), e as define como técnicas de saúde diversificadas, com conhecimento e crenças que incorporam plantas, animais e minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios direcionados para manutenção e promoção de bem estar, assim como prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças físicas e mentais (WHO, 2002; BRASIL, 2015). Ao defini-las a WHO demarca duas grandes categorias: a fitoterapia e as atividades terapêuticas manuais e técnicas mente-corpo. A primeira engloba práticas com ervas, partes de animais e minerais, sem o uso de medicamentos. A segunda inclui, por exemplo, acupuntura, ioga, reiki e outras (ZHANG et al., 2000).

A visão e o entendimento de saúde que essas práticas propõem vão ao encontro do que a WHO entende por promoção de saúde que, de forma ampla, enfatiza os recursos pessoais e sociais que protegem indivíduos e populações, além do bem estar físico, emocional, mental e espiritual do indivíduo (WHO, 1987). Aliado a este fato observam-se as práticas, também denominadas de complementares e/ou

integrativas, sendo utilizadas largamente pelo mundo, incluindo países em desenvolvimento, onde muitas vezes são a única opção de tratamento e prevenção de doenças e com custo baixo (WHO, 2002). Dessa forma, nota-se o movimento para difundir as pesquisas, o acesso a técnicas seguras, efetivas e de qualidade dessas práticas, já que estas potencializam a democratização da saúde, atingindo um maior número de pessoas (WHO, 2002; WHO, 2014; BRASIL, 2006).

No Brasil, algumas práticas são oferecidas no Sistema Único de Saúde e são incentivadas por meio de políticas públicas, como a acupuntura (BRASIL, 2006). Estudos apontam para os benefícios que as práticas proporcionam como, por exemplo, a redução na manifestação de sintomas depressivos com a prática da ioga individual (MANINCOR et al., 2016) ou a acupuntura causando o alívio ou até mesmo a cessação de dores agudas em pacientes (PATRICIO et al., 2002). Além desses achados, outras pesquisas apontam para uma percepção dos usuários de maior qualidade de vida e bem estar psicológico (BRASIL et al., 2009; MENEZES & DELL'AGLIO, 2010).

O presente projeto de pesquisa visa avançar sobre como as práticas integrativas e complementares (PIC) se articulam com variáveis demográficas, psicológicas e clínicas que predizem o ajustamento psicossocial. Mais especificamente, pretende-se focar sobre a relação entre traços de temperamento, histórico de psicopatologia, uso de medicação psicotrópica e dados sociodemográficos com a utilização de práticas integrativas e complementares como a meditação, ioga, tai chi chuan, massagem, reiki, acupuntura, homeopatia e floral.

2. Projeto de Conclusão de Curso

2.1. Racional Teórico

As práticas de origem no curandeirismo foram fundamentais na preservação da vida humana e prevenção de doenças desde tempos remotos (OUMEISH, 1998). Na China, a acupuntura data em torno de 4.000 anos atrás e tem sua aplicação baseada na filosofia oriental do *Yin* e *Yang* (forças universais antagonistas). A técnica é baseada no fluxo de energia vital *Qi* através dos meridianos do corpo humano (pontos de acupuntura) conferindo a manutenção da saúde, e que quando

bloqueados resultam em uma acumulação de energia que desencadearia a doença (ARMSTRONG, 1972). Já as plantas e minerais que eram utilizadas para tratar diferentes doenças por povos indígenas de várias localidades do globo, são hoje denominadas de fitoterapia (LUZ, 1997). Pode- se observar o uso dessas técnicas também em povos egípcios para tratar, por exemplo, infecções de pele, e até mesmo pelos romanos no tratamento de úlceras (OUMEISH, 1998). De forma geral essas práticas levantam um paradigma vitalista, no qual variações de energia, desequilíbrio individuais, forças naturais e corpo são diferentes facetas do processo de saúde (TESSER & BARROS, 2008).

No ocidente, desde o final do século passado, o cuidado ao outro e o autocuidado se tornaram temáticas que ganharam espaço no campo das ocupações que visam a cura de doenças e a promoção da saúde. Todavia, essas práticas passam a ter maior visibilidade quando a WHO levanta sua relevância no âmbito de saúde pública (WHO, 2002). Pelo fato da Medicina Tradicional não ser reconhecida oficialmente em vários países, o que gera pouco interesse em financiar tais práticas, as pesquisas nessa área ainda apresentam escassa metodologia para avaliar a eficácia ou a efetividade das técnicas (ZHANG et al., 2000).

Outro fator influente nesse cenário são as poucas políticas públicas voltadas para as PIC, que dificultam, por exemplo, a sistematização das técnicas em cadastros nacionais, como apontam Sousa et al. (2012) em um estudo em três cidades brasileiras (Campinas, Florianópolis e Recife). Neste estudo foi constatado que muitas atividades de promoção a saúde como caminhadas e artesanato eram consideradas PIC pelos gestores e técnicas como reiki, *shantala*, entre outras, eram acertadas informalmente, impedindo o cadastro nacional das mesmas. Além disso, outro estudo em São Paulo, apontou que profissionais da atenção básica relatam, em sua maioria, não conhecer a política nacional de PIC (ISCHKANIAN & PELICIONI, 2012). Posteriormente o dado foi corroborado por Gontijo & Nunes (2017), que a partir de entrevistas com diferentes profissionais da rede municipal de saúde, em três municípios brasileiros (Itumbiara, Panamá e Araporã), detectaram que os mesmos desconheciam políticas públicas nacionais voltadas a essas práticas. Esses fatos inviabilizam uma avaliação fidedigna do serviço que têm sido oferecidos para a população.

Apesar do pouco fomento, as práticas tradicionais em países como a Índia e Ruanda atinge 70% da população (WHO, 2002). E em países desenvolvidos, como os Estados Unidos da América, movimentaram em produtos naturais US\$14.8 bilhões em 2008 (WHO, 2013). No Brasil, seguindo as diretrizes da WHO, há um movimento para inserir as PIC na atenção básica desde a década de 80. No entanto, somente em 2006 que o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC; BRASIL, 2006) e a partir desta aprovação a média de registros anuais em acupuntura chegou aos 380 mil procedimentos e mais de 300 mil com homeopatia (BRASIL, 2009). Independentemente da impressão de vasta utilização desses meios, não foram encontrados estudos com prevalência de uso no Brasil. Em vista a ampla utilização das práticas, pesquisas que auxiliem na construção da base de conhecimento sobre as PIC são essenciais para melhorar as medidas políticas voltadas para os usuários de tais técnicas (WHO, 2013).

Os fatores individuais que podem influenciar na busca por PIC ainda são pouco descritos e pouco investigados. Tendo como referencial o Modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade, Honda & Jacobson (2005) apontaram, em uma amostra representativa da população adulta dos Estados Unidos da América de 3.032 participantes, dos quais 45,8% (1.640) relataram ter utilizado alguma modalidade de PIC nos últimos 12 meses e destes 62% eram mulheres. Resultados mostraram que o traço abertura à experiência esteve positivamente associado ao uso generalizado de PIC e extroversão esteve inversamente correlacionado ao uso de técnicas corpo-mente, como meditação. Ademais, estratégias de enfrentamento e suporte familiar e de amigos também se mostraram influente quanto ao uso de PIC. Já um estudo canadense, com 184 participantes (83.2% mulheres), selecionados por conveniência, corroborou o achado que maior abertura a experiência está associado ao uso de PIC e ainda apontou que indivíduos com pontuação mais alta em amabilidade tendem a consultar em maior medida com técnicas complementares (SIROIS & PURC-STEVENS, 2008). Esses dados indicam que perfis mais adaptativos e com maior suporte social tenderiam a utilizar com mais frequência práticas integrativas e complementares. Outro dado que chama a atenção nas amostras é a predominância de mulheres usuárias das técnicas complementares (HONDA & JACOBSON, 2005; SIROIS & PURC-STEVENS, 2008; SARRIS et

al., 2010), evidenciando que questões relacionadas ao gênero podem influenciar na busca por essas práticas.

No âmbito das psicopatologias, as técnicas alternativas vêm apresentando alguns resultados promissores em tratamento. No caso do transtorno de ansiedade generalizada, Keefe et al. (2016) selecionaram 179 sujeitos e 151 (84.4%) destes pontuaram para ansiedade moderada, além de muitos relatarem sintomas crônicos há mais ou menos 8.4 anos. Estes foram tratados por oito semanas com extrato de camomila e apresentou-se eficaz como ansiolítico. O tai chi chuan, uma técnica mente-corpo, foi utilizada com sucesso no estudo de Caldwell et al. (2016) que dividiu universitários em três grupos: (1) controle (manejo de ansiedade), (2) 10 semanas de encontros de tai chi chuan duas vezes na semana e (3) 10 semanas de tai chi chuan através de instruções em DVD. Após dois meses de *follow-up* os sintomas moderados de ansiedade diminuíram e houve melhora na qualidade do sono para indivíduos que praticaram a técnica quando comparados a grupo controle. Se, por um lado, pessoas com perfis mais ajustados buscam PIC com mais frequência, por outro lado as técnicas podem trazer muito benefícios a pessoas que apresentam sintomas de psicopatologia. Dada a importância do tema para a promoção da saúde e bem estar, estudos que analisem as relações entre PIC com outros modelos sobre diferenças individuais ou marcadores de saúde e doença se apresentam relevantes.

A avaliação de traços psicológicos junto a psicopatologias poderia ser interessante, visto que assim poderíamos avaliar aspectos adaptativos (traços) e desadaptativos (transtornos), assim como, dados sociodemográficos que podem predizer uma tendência de usuários. Por conseguinte, pode-se obter informações sobre os perfis de indivíduos que são adeptos as técnicas e políticas públicas teriam maior embasamento para direcionar recursos, planejar intervenções e pesquisas e assim ampliar o campo dessas práticas. Desse modo, é possível pensar modos de ampliar a democratização do acesso à saúde, visto que tais procedimentos apresentam baixo custo e se conecta com as tradições (WHO, 2002; WHO, 2013). O presente projeto se propõe a analisar a relação entre a utilização de PIC e suas associações com variáveis sociodemográficas, temperamentais e clínicas em uma ampla amostra coletada via Internet.

A literatura especializada define temperamento a partir de dimensões psicobiológicas que tendem a permanecer relativamente estáveis ao longo da vida e influenciam comportamento, humor e padrões cognitivos (LARA et al., 2012a). O modelo de temperamento afetivo e emocional (AFECT; LARA et al., 2012a) propõe a integração de dimensões (traços) e tipos psicológicos baseadas nos conhecimentos das neurociências, psicologia e farmacologia. O sistema é baseado na ideia de vetores emocionais básicos de **Ativação** (vontade, desejo e raiva) e **Inibição** (medo, ansiedade e cautela), mediados emocionalmente pelo **Controle** e **Estabilidade** e por mecanismos de vulnerabilidade e enfrentamento expresso pelas dimensões de **Sensibilidade** e **Coping**, respectivamente (LARA et al., 2012a; CARVALHO et al., 2013).

A ativação é entendida como uma tendência à aproximação, direcionando o comportamento para metas de interesse através da vontade (adaptativa, estável voltada a emoções positivas), desejo (satisfação imediata, predileção à necessidades vitais de prazer como o sexo e o apetite) e raiva (traço explosivo, retirada de impedimento ou ameaça). A inibição é voltada para a defesa, contendo o comportamento pela cautela (adaptativa, ação voltada a redução de possíveis danos), pela ansiedade e medo direcionados para situações potencialmente aversivas (LARA et al., 2012a; CARVALHO et al., 2013). O entendimento de autorregulação do sistema esta relacionado com quatro conceitos apresentados anteriormente (sensibilidade, *coping*, controle e estabilidade). A dimensão da sensibilidade é entendida como as pessoas normalmente reagem a eventos interpessoais como críticas e ofensas, além de situações gerais como a frustração e o trauma. Já o *coping* é o processo de lidar com adversidade, capacidade de solução de problemas e aprendizado com a experiência. O controle se relaciona com monitoramento do ambiente através da atenção, balanceando os processos de ativação a inibição (LARA et al., 2012a). Enquanto o traço da estabilidade propõe o quanto é possível prever comportamentos ao longo do tempo (CARVALHO et al., 2013).

A relação entre esses domínios geraram doze categorias afetivas de temperamento, sendo estas: (1) eutímico, (2) hipertímico, (3) obsessivo, são os perfis mais estáveis; (4) volátil, (5) disfórico, (6) ciclotímico, perfis mais instáveis; (7) depressivo, (8) apático, (9) ansioso, com manifestação internalizada e (10) eufórico,

(11) desinibido e (12) irritável, são os perfis externalizados. Conforme a intensidade com a qual as categoriais se manifestam, resultará no grau de adaptabilidade ou disfuncionalidade do indivíduo (LARA et al., 2012a).

Com base nos achados da literatura (HONDA & JACOBSON, 2005; SIROIS & PURC-STEVENS, 2008; SARRIS et al., 2010) e concepções teóricas, a hipótese que orienta o presente estudo é de que aspectos clínicos e diferenças individuais como temperamento e sexo serão dados que irão discriminar os usuários de práticas integrativas e complementares dos não usuários.

2.2. Método

2.2.1. Delineamento

A proposta ora apresentada delimita um estudo de levantamento transversal baseado nos dados da plataforma online *The Brazilian Internet Study on Temperament and Psychopathology (BRAINSTEP)*. O BRAINSTEP é um protocolo de pesquisa via Internet que permite ao voluntário responder a questionários de forma anônima e confidencial. As questões perpassam dados demográficos, de história de vida, características individuais de comportamento, temperamento e variáveis biológicas (LARA et. al. 2012b).

O site www.temperamento.com.br, veículo de acesso ao sistema, é composto por duas partes. A primeira denominada de fase psicológica compila dados sociodemográficos, temperamento (AFFECTS), sobre histórico familiar, além de hábitos e comportamentos do indivíduo. E a segunda corresponde a fase psiquiátrica com questionários que investigam mais de doze diagnósticos psiquiátricos segundo DSM-IV. Como estratégia de incentivo para participação, os indivíduos recebem após as conclusões das etapas uma breve análise de seu perfil temperamental e de humor com dicas de estratégias de enfrentamento (LARA et. al. 2012b).

A plataforma foi divulgada em veículos de mídia nacionais como televisão e jornais em grandes cidades do país (São Paulo, Belo Horizonte, Manaus, Porto Alegre e Santos), além de reportagens locais. Entendendo que a coleta online de dados depende principalmente da motivação e atenção do indivíduo, estratégias

foram desenvolvidas a fim de conferir maior confiabilidade e validade dos dados. Uma delas foi comprometer o sujeito a responder honestamente as perguntas garantindo total anonimato e confidencialidade, além de perguntas inseridas para conferir a atenção do respondente, como solicitar a marcação de determinada opção; questões para testar o quanto sinceras eram as respostas, repetindo-as em diferentes momentos; e dar liberdade de opção para o indivíduo responder que prefere não opinar em questões consideradas mais delicadas. Ao final de cada etapa o indivíduo recebe um *feedback* do seu perfil de temperamento (etapa 1) e psiquiátrico com probabilidade de ter transtorno psiquiátrico (etapa 2). Essa metodologia tende a diminuir o viés de resposta que o indivíduo possa ter quando está consciente do objetivo da pesquisa, já que o respondente não tem acesso aos estudos específicos que são conduzidos com os dados. Esses fatos conferem uma amostra diversificada que apesar da predominância de grupos demográficos, é uma importante ferramenta para a pesquisa (LARA et. al. 2012b).

2.2.2. Amostragem

A amostra foi selecionada a partir de bancos de dados do *BRAINSTEP* e foi composta por indivíduos que completaram a primeira fase do protocolo. Esta será composta por 22.415 indivíduos, com idades dos 18 aos 60 anos (idade média= 28,80, $dp= 9,08$). Destes, 15578 (69.5%) são do sexo feminino, 6837 (30.5%) do sexo masculino, 15520 (69.2%) são caucasianos e 7758 (34.6%) solteiros. Quanto à religião 7.117 (31.8%) se declararam católicos, 6501 (29.0%) sem religião e 2657 (11.9%) espiritualistas. Da amostra, 6.407 (28.6%) participantes tem uma renda pessoal no intervalo de mil a três mil reais e 8.178 (36.5%) tem ensino superior incompleto. Dados relacionados à saúde apontam que 16.249 (72.5%) dos indivíduos não fuma, 6.719 (30.0%) já tiveram algum diagnóstico psiquiátrico, 7.734 (34.5%) já fizeram psicoterapia e 5454 (24.3%) já tomaram, mas não utilizam mais remédio psiquiátrico e 4012 (17.9%) tomaram e seguem tomando medicação psicoativa. A Tabela 1 detalha as características da amostra a ser avaliada.

Tabela 1: Dados descritivos da amostra

<i>Variável</i>		<i>Frequência</i> (n=22.415)	<i>Porcentagem</i> (%)
Idade média (anos, ± D.P)		28,80 (9,087)	
Sexo	Masculino	6837	30,5
	Feminino	15578	69,5
Raça	Branca	15520	69,2
	Negra	1109	4,9
	Parda	5160	23,0
	Asiática	255	1,1
	Outro	371	1,7
Estado civil	Solteiro(a), sem namorado(a)	7758	34,6
	Solteiro(a) e namorando	5616	25,1
	Casado(a) ou rel. estável	7311	32,6
	Divorciado(a)	924	4,1
	Divorciado(a) e namorando	510	2,3
	Viúvo(a)	76	0,3
	Outro	220	1,0
Religião	Católica	7117	31,8
	Judaica	64	0,3
	Evangélica	4480	20,0
	Espiritualista	2657	11,9
	Outra	1596	7,1
	Sem religião	6501	29,0
Renda familiar	Igual à pessoal	2046	9,1
	Menor que mil	1035	4,6
	Mil a 3 mil	6407	28,7
	3 a 6 mil	5868	26,2
	6 a 10 mil	2769	12,4
	10 a 20 mil	1723	7,7
	20 a 50 mil	623	2,7
	Maior que 50 mil	66	0,3
	Não informou	1789	8,0
	Inválido	89	0,4

Escolaridade	Fundamental incompleto	228	1,0
	Fundamental completo	146	0,7
	Ensino médio incompleto	839	3,7
	Ensino médio completo	4334	19,3
	Superior incompleto	8178	36,5
	Superior completo	5245	23,4
	Mestrado ou especialização	3223	14,4
	Doutorado/PhD	222	1,0
Fuma	Não	16249	72,5
	Sim	2737	12,2
	Não fumo mais	2044	9,1
	Ocasionalmente	1385	6,2
Diagnóstico psiquiátrico	Sim	6719	30,0
	Não	15696	70,0
Psicoterapia	Sim	7734	34,5
	Não	14681	65,5
Medicação psicotrópica	Não	12949	57,8
	Sim, mas não faço mais uso	5454	24,3
	Sim e ainda faço uso	4012	17,9

2.2.3. Aspectos éticos

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital São Lucas (nº 24907813.10000.5336). Os voluntários que acessavam o site concordavam com o Termo de Consentimento antes de iniciar a pesquisa. Esses estavam cientes que poderiam cancelar a participação a qualquer momento e sua participação era anônima, sendo que as informações pessoais eram protegidas e nem mesmo os pesquisadores tinham acesso aos e-mails dos indivíduos (Lara et al, 2012b). No presente estudo foram utilizados os dados de alguns instrumentos que compõem o BRAINSTEP presentes na primeira fase do sistema.

2.2.4. Instrumentos

- Ficha Sociodemográfica: características individuais como idade, sexo, renda.
- *Affective and Emotional Composite Temperament Scale – AFECTS* (Lara et al., 2012): trata-se de um instrumento autoaplicável, com 62 itens distribuídos em duas sessões separadas: afetiva e emocional; e duas questões que avaliam as vantagens e problemas do temperamento percebidos pelo indivíduo. O tempo de preenchimento é em média de 30 minutos.
- Inventário de Comportamento e Estilo: composto por instrumentos curtos (escala de religiosidade, entre outras), além de questões desenvolvidas pelos autores para investigar hábitos e preferências, incluindo a utilização de práticas integrativas e complementares (meditação, ioga, tai chi chuan, massagem, reiki, acupuntura, homeopatia e floral).

2.2.5. Análise estatística

A caracterização da amostra será realizada por meio de frequências e pelo cálculo de médias e de desvios-padrão. A análise será realizada em duas etapas: a primeira exploratória e a segunda confirmatória. Na fase exploratória, utilizar-se-á metade da amostra e a relação entre variáveis demográfica, clínicas e de temperamento com PIC será investigada via análises bivariadas (chi-quadrado, Testes-t). Na fase confirmatória, variáveis com associações que mostrem um valor de $p < 0.2$ serão inseridas na análise multivariada (regressão multinomial logística).

2.3. Cronograma

2.3.1 Cronograma de trabalho

3. Artigo de Trabalho de Conclusão de Curso

**Temperament and Complementary and Alternative Medicine practice: A cross
sectional study**

Abstract

Objective: The aim of this study was to understand how individual differences in Affective and Emotional Composite Temperament (AFECT model) associated with the use of eight types of Complementary and Alternative Medicine (CAM): yoga, meditation, reiki, acupuncture, massage, tai chi chuan, homeopathy, and florals. **Design:** Cross-sectional web survey, collected anonymously in the Brazilian Internet Study on Temperament and Psychopathology (BRAINSTEP). Individuals answer a socio-demographic questionnaire, The Affective and Emotional Composite Temperament Scale (AFECTS) and Inventory of Habits and Style. **Results:** The sample was 22415 individuals, age ranging from 18 to 60 years ($m=28.8$ yrs, $SD = 9.087$). Prevalence of women (69.5%), caucasian (69.2%), with high school (59.5%), and 30% of the individuals had a psychiatric diagnosis. The emotional temperament result shows that adaptive manifestation of traits (e.g. volition and control) improve the chance of CAM practices, and maladaptive manifestation of a trait (e.g. anger and anxiety) decrease the chance of CAM use. Affective temperament data show that more stable profile (e.g. euthymic and hyperthymic) increase CAM practices and the practice decrease to internalized types (e.g. depressive). **Conclusion:** Individuals with higher emotional regulation has a tendency to practice more CAM.

Keywords: complementary and alternative medicine; integrative and complementary practices; individual differences; temperament traits.

Temperament and Complementary and Alternative Medicine practice: A cross sectional study.

Complementary and alternative medicine (CAM) may be defined as a group of techniques that aim to prevent diseases and promote wellbeing by emphasizing individual, community, social and spiritual resources (WHO, 2002). Those activities are based on an ancient knowledge that includes herbal, animal, mineral, body-mind, and spiritual therapies (WHO, 2002) and holds a holistic understands of the person (Oumeish, 1998).

The importance of CAM may be described into three topics: first, it is used all over the world (Clarke et al., 2015; Thomson, Jones, Browne & Leslie, 2014; WHO 2014; Brasil, 2009; WHO, 2002); second, it is drawn from local cultures and, therefore, it tends to respects people`s belief systems and lifestyle (WHO, 2002); third, its effectiveness and cost-benefits are widely documented (Brasil, 2009). Yoga practice increased adherence to psychotropic medication in outpatients with major depression disorder (Sharma et al., 2017). Tai Chi Chuan practice was associated with a reduction of anxiety symptoms and improved sleep quality among individuals with moderate levels of anxiety (Caldwell et al., 2016). Acupuncture and massage reduced significantly chronic pain (Kligler et al., 2017; Kamali et al., 2014).

The benefits and the acceptability of CAM may vary according to the psychological profile of a specific individual; however, the interplay between CAM and individual differences is, nevertheless, still uninvestigated.

The Affective and Emotional Composite Temperament (AFECT) is an integrative model of emotional traits and psychological types based on neuroscience, psychology, and pharmacology with many implications to the understanding of mental health and psychopathology (Lara et al., 2012a). The AFECT model designed 10 traits related to Volition (energy and positive emotions), Desire (appetitive motivation), Anger (intensity and aggressiveness), Fear (fight and flight), Caution (behave in order to prevent damage), Anxiety

(distress), Control (self-regulation and attention), Coping (resilience to stress), Sensitivity (vulnerability to stress), and Stability (fluctuations of mood). The composites of those emotional traits result in twelve categorical affective temperaments that may be organized into four groups: stable types – euthymic, hyperthymic, obsessive; unstable types – volatile, dysphoric, cyclothymic; internalized types – depressive, apathetic, anxious; and externalized types – euphoric, disinhibited, irritable (Lara et al, 2012a; Carvalho et al, 2013).

The aim of the current study is to advance the understanding of how individual differences in AFECT model temperament traits and types are associated with the use of eight types of CAM (meditation, yoga, tai chi chuan, acupuncture, massage, reiki, homeopathy, and florals). Based on previous findings (Sarris et al., 2010; Sirois & Purc-Stephenson, 2008; Honda & Jacobson, 2005) the relationship of temperament and CAM use was controlled for some demographic (age, sex, and income) and clinical variables (presence of psychopathology). Our hypothesis was that the use of CAM would be associated with adaptive manifestations of traits, such as high volition and lower anger, and that stable types would be more susceptible to the use of CAM.

Method

Procedures and Sampling

The current investigation is a cross-sectional web survey that is part of the Brazilian Internet Study on Temperament and Psychopathology (BRAINSTEP, Lara et al., 2012b). It aims to evaluate various social, psychological, psychiatric and biological constructs using a website (www.temperamento.com.br) via self-report validated questionnaires. The evaluation system is divided into two phases: a psychological and a psychiatric one. The first contains instruments that assess demographic, temperament, behavior and style, early traumatic history among others and the second focuses on psychiatric symptoms and biological variables.

Volunteer participation was motivated by the national broadcast of the BRAINSTEP and by offering a psychological and a psychiatric profile report immediately after the completion of each phase of the evaluation system. Items that measured the levels of honest responding and attention were used to evaluate the response reliability of participants and were present in most questionnaires (Lara et al., 2012b).

The resulting sample was composed of all individuals who completed the psychological phase of the study, managed to complete correctly the attention and honest items and with age ranging from 18 to 60 years ($m = 28,8$ yrs, $SD = 9.087$). Most participants were female (69.5%), Caucasian (69.2%), and had incomplete college (36,5%). Besides, 30% had a psychiatric diagnosis and 65.5% were not submitted to psychological treatment. Table 1 shows the sample characteristics.

[Table 1]

Ethics

The BRAISTEP protocol was fully approved by the Institutional Review Board of Hospital São Lucas (ethic nº 24907813.10000.5336). The electronic informed consent was elaborated based on the requirements of the National Health Council of Brazil (Resolution 196/1996) and the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki) were fulfilled. Participation was anonymous and voluntary and it could be canceled at any moment without justification. Identification data was sent via a secure and encrypted connection and was stored behind a firewall. The e-mail addresses were coded to guarantee anonymity and no one – even research staff – could have access to data that could identify participants.

Instruments

The socio-demographic data was collect via direct questions regarding age, gender, race, education level, marital status, and among other variables. Affective and Emotional Composite Temperament Scale – AFECTS (Lara et al., 2012a) is a self-report instrument, composed of an emotional and an affective section. The emotional section is composed of 9 dimensions (volition, desire, anger, inhibition, anxiety, control, stability, sensitivity, and coping), with 68 items that are assessed in a bipolar Likert scale with 7 points. The affective section consists in a brief description of the 12 affective temperaments (depressive, anxious, apathetic, irritable, disinhibited, euphoric, cyclothymic, dysphoric, volatile, euthymic, obsessive, and hyperthymic) in which the participant must choose the profile that better describes your temperament style. The Behavior and Style Inventory (Lara et al., 2012b) is a questionnaire that evaluated various preferences and habits, which included the use or not of eight complementary and integrative practices: yoga, meditation, reiki, acupuncture, massage, tai chi chuan, homeopathy, and florals.

Statistical Analysis

Data analysis was carried out using the Stata software, version 13.1 (Stata Corp., College Station, United States). To describe the characteristics of the sample and the prevalence of CAM practices for each of the predictive variables, we performed univariate analysis, with absolute and relative frequencies (Table 1, 2 and 3). We also used Logistic regression to perform bivariate and multivariate analyses, the results of which are expressed as odds ratio and 95% CI (Figure 1 and 2). P-values lower than 0.05 were considered statistically significant.

Result

CAM use and socio-demographics data

According to the exploratory analysis of sample the categories of age, sex, income, and diagnosis were significant associated ($p < 0.05$) with the practices of: yoga, meditation, acupuncture, reiki, massage, homeopathy, and florals), except for the association between tai chi chuan and diagnosis ($p = 0.102$). Table 2 shows the frequency of user and non-users of CAM in each practice. The meditation and massage were the most practiced in this sample.

[Table 2]

The Table 3 presents socio-demographics characteristics of user of CAM, compare to non-users.

[Table 3]

Emotional Temperaments and CAM

Figures 1A shows the associations between volition and CAM. Volition displayed significant associations with all assessed practices ($p < 0.001$): in general, there is a positive association trend between volition scores and the chance of practicing CAM. The only exception was the relationship between tai chi chuan practice and moderate scores for volition, that did not reach statistical significance.

Figures 1B shows significant associations between desire scores and massage ($p < 0.001$), which indicates that participants with higher desire scores display a higher chance of using massage practice. Moderate level of desire reduces the chance of homeopathy use ($p = 0.004$).

Anger scores (Figure 1C) was negatively associated with yoga ($p < 0.001$), reiki ($p = 0.003$), and homeopathy ($p < 0.001$) in individuals with very high anger scores. Meditation ($p < 0.001$) and tai chi chuan ($p = 0.013$) practice showed negative associations in individuals with moderate, high, and very high anger scores.

Inhibition scores (Figure 1D) displayed negative associations with massage ($p < 0.001$), yoga ($p < 0.001$), acupuncture ($p = 0.001$), and tai chi chuan ($p = 0.001$) among practitioners, particularly in individual with high and very high trait manifestations. Massage showed negative associations with all trait score level in an almost linear fashion, meditation exhibited association in moderate, high and very high levels of trait manifestations, and only individuals with high inhibition presented lower chances of reiki use ($p = 0.03$).

Anxiety scores (Figure 1E) presented negative association with yoga, reiki and homeopathy in individuals with very high trait scores ($p < 0.001$), with massage and meditation in individuals with moderate to very high trait scores ($p < 0.001$), and with tai chi chuan in practitioners with high and very high trait scores ($p < 0.01$).

Control scores (Figure 1F) exhibited positive associations with all trait scores with meditation ($p = 0.005$) and massage ($p < 0.001$) in an almost linear fashion. A positive association was also encountered between control high score and reiki ($p = 0.01$).

Stability scores (Figure 1G) were positive associated with meditation ($p < 0.001$), massage ($p < 0.001$) and homeopathy ($p < 0.001$). Low, moderate and high stability scores were also associated with florals ($p < 0.001$) and reiki ($p = 0.005$) use.

Sensitivity (Figure 1H) were negative related to massage ($p < 0.001$) in individual ranging from moderate to very high trait scores, meditation ($p < 0.001$) in practitioners with high and very high scores and tai chi chuan ($p < 0.01$) practitioners with very high sensitivity scores.

Coping (Figure 1I) presented significant associations with all CAM. Among yoga ($p = 0.005$) and tai chi chuan ($p = 0.003$) practitioners, associations were significant only for high-very high and very high trait score, respectively. The other CAM use was associated at all trait level scores ($p < 0.001$).

[Figure 1]

Affective Temperaments and CAM

The euthymic affective type showed a different chance of using at least one modality of CAM in comparison to other temperament types ($p < 0.05$), with the exception of euphoric and disinhibited (Figure 2). People with hyperthymic temperament tend to use more massage; obsessives tend to use more florals and less massage; depressives tend to use less CAM, with the exception of florals; apathetics tend to practice less meditation and use less massage; anxious to use less meditation, tai chi chuan, acupuncture, massage, and homeopathy; volatiles tend to use less meditation, reiki, acupuncture, massage, and homeopathy; dysphorics tend to use less reiki and massage; cyclothymics tend to use less meditation, reiki, acupuncture, massage, tai chi chuan, and homeopathy; and irritable tend to use less all CAM, but homeopathy and florals.

[Figure 2]

Discussion

The current study aimed to evaluate the associations of temperament traits and types with eight types of CAM use. Based on literature findings, these associations were controlled for clinical and socio-demographic variables. Massage, meditation, and homeopathy are the most used CAMs and tai chi chuan is the least used among participants. Associations of CAM use and demographic characteristics are consistent with previous reports: Women are more likely to use CAM than men (Honda & Jacobson, 2005; Metcalfe et al, 2010; Thomson, Jones, Browne & Leslie, 2014), as well as they tend to seek more varied forms of health care than men in general (Bishop & Lewith, 2008). In our sample, participants older than 48 years old tend to use more CAM than younger ones; this finding differs from others studies that show predominance between 25 and 44 years old users (MacLennan, Myers, & Taylor, 2006). Higher income was also associated with CAM practices (Park, 2005; Metcalfe et al, 2010).

Similarly to other study reports (Honda & Jacobson, 2005), CAM users with a positive psychiatric diagnosis tend to use more CAM, with the exception of tai chi chuan, however, an association between tai chi and psychiatric diagnoses may be due to the small amount of participants who declared to had practiced it.

Some CAM practices (e.g. meditation, yoga) are techniques that require a voluntary engagement of the individual in the process and tolerance to frustration as the benefits of these practices tend to be perceived after a long period of training (Menezes, Pereira & Bizarro, 2012). This suggests that individual with more adaptive manifestation of emotional traits and, consequently, better emotional regulation tend to engage more easily in these kinds of practices, as they are more prone to find the process itself rewarding.

The data show that individuals with a more adaptive temperament profile were likely to use CAM than individuals with less adaptive temperament tendencies, such as participants with very high scores on sensitivity and anxiety scales. Higher scores of volition and coping are associated with most practices, and euthymic and hyperthymic types tend to practice more CAM than other affective types. CAM is more associated with health and wellbeing than pathology (Thomson, Jones, Browne & Leslie, 2014), and emotional traits play an important role on health and wellbeing (Friedman & Kern, 2014). Therefore the result corroborates the hypothesis that individuals with higher emotional regulation and positive engagement (i.e., euthymics) tend to use more often and, possibly, withstand with the practices long enough to experience the benefits of CAM.

The current study has a few virtues worth mentioning. This study sample is particularly large and heterogeneous, what allows some degree of result generalization. This may be of particular importance for health public policies involving CAM in Brazil, as it shows that specific temperament profiles may be particularly prone to engage in such practices. In Brazil the National Policy of Complementary and Integrative Practices (PNPIC;

2006) provided the service in public health, otherwise, others reports showed that these practices are not widely known around the country (Ischkanian & Pelicioni, 2012; Sousa et al, 2012; Gontijo & Nunes, 2017). Therefore it is important characterized the users to promote CAM and shared information relative to this issue.

This study has some limitations. First, the cross-sectional design which not allow causal inferences. Second, a predominance of women, and higher income of the sample, groups that more motivated to respond spontaneously this kind of survey. Finally, we suggest a clinical study to understand if individual characteristics, as temperament, remain predictors of CAM use and investigation of prevalence in epidemiological design.

References

- Bishop, F.L., & Lewith, G.T. (2008). 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. doi:10.1093/ecam/nen023.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2009). Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde—PNPIC.
- Caldwell, K.L., Bergman, S.M., Collier, S.R., Triplett, N.T., Quin, R., Bergquist, J. & Pieper, C.F. (2016). Effects of tai chi chuan on anxiety and sleep quality in young adults: lessons from a randomized controlled feasibility study. *Nature and Science of Sleep*, 8, 305-314. doi: 10.2147/nss.s117392.
- Clarke, T.C., Black, L.I., Stussman, B.J., Barnes, P.M., & Nahin, R.L. (2015). Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. *National health statistics reports*, (79), 1-16.
- De Carvalho, H.W., Bisol, L.W., Ottoni, G.L., & Lara, D.R. (2013). The affective and emotional composite temperament model and scale: psychometric analysis including anxiety and instability subscales. In: *Scientific Program and Abstract Book, 3rd International Congress on Neurobiology, Psychofarmacology and Treatment Guidance*. (p. 176).
- Friedman, H.S., & Kern, M.L. (2014). Personality, well-being, and health. *Annual review of psychology*, 65, 719-42. doi: 10.1146/annurev-psych-010213-115123.
- Gontijo, M.B.A., & Nunes, M.D.F. (2017). PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: CONHECIMENTO E CREDIBILIDADE DE PROFISSIONAIS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(1), 301-320. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00040>.

- 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(1), 46-53. doi: 10.1016/j.ypmed.2004.05.001.
- Ischkanian, P. C., & Pelicioni, M. C. F. (2012). Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando à promoção da saúde. *Journal of Human Growth and Development*, 22(2), 233-238. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.44936>.
- Kamali, F., Panahi, F., Ebrahimi, S. & Abbasi, L. (2014). Comparison between massage and routine physical therapy in women with subacute and chronic nonspecific low back pain. *Journal of back and musculoskeletal rehabilitation*, 27, 475-480. doi: 10.3233/BMR-140468.
- Kawamura, Y., Akiyama, T., Shimada, T., Minato, T., Umekage, T., Noda, Y., ... & Sasaki, T. (2010). Six-year stability of affective temperaments as measured by TEMPS-A. *Psychopathology*, 43(4), 240-247. doi: 10.1159/000313522.
- Kligler, B., Nielsen, A., Kohrrer, C., Schmid, T., Waltermauer, E., Perez, E. & Merrell, W. (2017). Acupuncture therapy in a group setting for chronic pain. *Pain Medicine*, 0, 1-11. doi: 10.1093/pm/pnx134.
- Lara, D.R., Bisol, L.W., Brunstein, M.G., Reppold, C.T., de Carvalho, H.W., & Ottoni, G.L. (2012a). The Affective and Emotional Composite Temperament (AFECT) model and scale: a system-based integrative approach. *Journal of Affective Disorders*, 140(1), 14-37. doi: 10.1016/j.jad.2011.08.036
- Lara, D.R., Ottoni, G.L., Brunstein, M.G., Frozi, J., de Carvalho, H.W., & Bisol, L.W. (2012b). Development and validity data of the Brazilian Internet Study on Temperament and Psychopathology (BRAINSTEP). *Journal of Affective Disorders*, 141(2), 390-398. doi: 10.1016/j.jad.2012.03.011.

- MacLennan, A.H., Myers, S.P., & Taylor, A.W. (2006). The continuing use of complementary and alternative medicine in South Australia: Costs and beliefs in 2004. *Medical Journal of Australia*, 184(1), 27–31. Available: <https://www.researchgate.net/publication/7372403>
- Menezes, C.B., Pereira, M.G., & Bizarro, L. (2012). Sitting and silent meditation as a strategy to study emotion regulation. *Psychology & Neuroscience*, 5 (1), 27–36. doi: 10.3922/j.psns.2012.1.05.
- Metcalfe, A., Williams, J., McChesney, J., Patten, S.B., & Jetté, N. (2010). Use of complementary and alternative medicine by those with a chronic disease and the general population-results of a national population based survey. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 10(1), 58. doi: 10.1186/1472-6882-10-58.
- Park, J. (2005). Use of alternative health care. *Health Reports*, 16(2), 39-42. Available: <http://www.statcan.gc.ca>
- Sharma, A., Barrett, M.S., Cucchiara, A.J., Gooneratne, N.S., & Thase, M.E. (2017). A breathing-based meditation intervention for patients with major depressive disorder following inadequate response to antidepressants: a randomized pilot study. *The Journal of clinical psychiatry*, 78(1), 59-63. doi: 10.4088/JCP.16m10819.
- Sousa, I.M.C.D., Tesser, C.D., Bodstein, R.C.D.A., Santos, F.D.A.D.S., & Hortale, V.A. (2012). Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad Saude Publica*, 28 (11), 2143-2154. doi: 10.1590/S0102-311X2012001100014.
- Thomson, P., Jones, J., Browne, M., & Leslie, S. J. (2014). Psychosocial factors that predict why people use complementary and alternative medicine and continue with its use: A population based study. *Complementary therapies in clinical practice*, 20(4), 302-310. doi: 10.1016/j.ctcp.2014.09.004.

World Health Organization, & Canadian Public Health Association. (1987). Ottawa charter for health promotion. *Bulletin of the Pan American Health Organization (PAHO)*, 21(2), 200-04.

World Health Organization. (2002). WHO traditional medicine strategy 2002-2005.

World Health Organization. (2014). WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Geneva; 2013.

Table 1:

Demographic characteristics of sample

Variable		Frequency (n=22.415)	Percent (%)
Mean age (years, ± D.P)		28,80 (9,087)	
Sex	Man	6837	30.5
	Woman	15578	69.5
Ethnicity	Caucasian	15520	69.2
	African American	1109	4.9
	Mixed	5160	23.0
	Asian	255	1.1
	Other	371	1.7
Monthly Income (U\$)	Same as personal	2046	9.1
	< 3160,00	16079	71.9
	> 3160,00	2412	10.7
	Not informed	1789	8.0
	Invalid	89	0.4
Education	Elementary	374	1.7
	High school	13351	59.5
	Completed university	5245	23.4
	Master or Specialty	3223	14.4
	PhD	222	1.0
Psychiatric diagnosis	Yes	6719	30.0
	No	15696	70.0

Table 2:

Use and not use of CAM

Variable	Yoga	Meditation	Reiki	Acupuncture	Massage	Tai Chi Chuan	Homeopathy	Floral
Use	n	652	1566	559	884	2918	117	1424
	%	2.9	7	2.5	4	13	0.5	6.4
Not use	n	21761	20846	21852	21529	19494	22296	20988
	%	97.1	93	97.5	96	87	99.5	93.6

Use= occasional and frequent use; Not use= never and few times of use.

Table 3:

User of CAM and demographic characteristics

Variable	Yoga		Meditation		Reiki		Acupuncture		Massage		Tai Chi Chuan		Homeopathy		Floral	
	Use	Not use	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
Sex	*			**		*		*		*		***		*		*
Women	535	15042	1045	14532	463	15113	739	14838	2358	13218	70	15507	1184	14392	964	14613
Men	117	6719	521	6314	96	6739	145	6691	560	6276	47	6789	240	6596	147	6689
Age	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
18-20	77	3952	220	3808	34	3995	31	3998	256	3773	12	4017	145	3884	83	3946
21-23	54	3743	219	3578	42	3755	52	3745	323	3473	15	3782	158	3639	113	3684
24-26	74	3239	194	3119	67	3246	78	3235	335	2978	10	3303	155	3158	118	3195
27-29	88	2663	167	2584	61	2689	95	2656	360	2391	13	2738	137	2614	119	2632
30-32	76	2156	162	2070	81	2151	93	2139	356	1876	10	2222	163	2068	151	2081
33-35	66	1682	144	1604	63	1685	102	1646	304	1444	6	1742	133	1615	116	1632
36-38	42	1212	83	1171	38	1216	88	1166	225	1029	9	1245	103	1151	88	1166
39-41	32	865	85	812	36	861	69	828	187	710	11	886	79	818	69	828
42-44	38	634	71	601	30	642	62	610	141	531	6	666	76	596	59	613
45-47	29	493	51	471	27	494	51	471	115	407	4	518	68	454	48	474
48-50	25	424	55	394	26	423	58	391	107	342	12	437	73	376	49	400
≥ 51	51	698	115	634	54	695	105	644	209	540	9	740	134	615	98	651
Monthly Income (U\$)	*		*		*		*		*		*		*		*	*
Same as personal	76	1970	166	1880	71	1975	101	1945	317	1729	14	2032	151	1895	145	1901
< 3160,00	393	15684	1043	15033	356	15719	512	15565	1771	14305	74	16003	921	15155	715	15362
> 3160,00	123	2289	208	2204	86	2326	209	2203	616	1796	25	2387	243	2169	166	2246
Not informed	58	1731	143	1646	44	1745	58	1731	201	1588	3	1786	100	1689	81	1708
Psychiatric diagnosis	*		*		*		*		*		*		*		*	
Yes	266	6453	549	6169	244	6474	425	6294	1044	5675	27	6692	551	6168	481	6238
No	386	15308	1017	14677	315	15378	459	15235	1874	13819	90	15604	873	14820	630	15064

Note: * p < 0.001; **p= 0.01; ***p= 0.02.

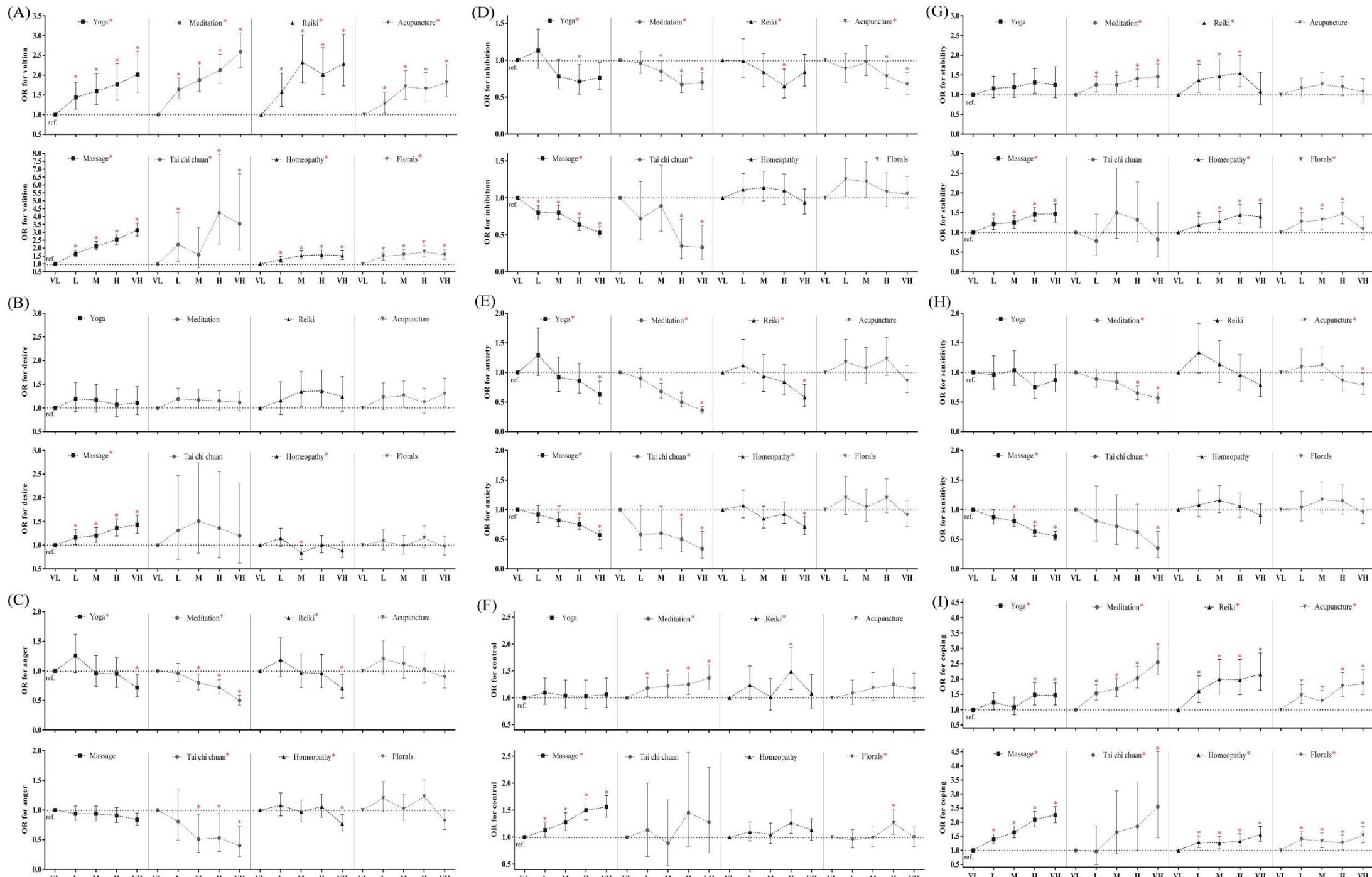


Figure 1. Emotional temperament and complementary practices. Data are shown as mean 95% CI. Note: VL= very low; L= low; M= moderate; H= high; VH= very high. (A)= Volition; (B)= Desire; (C)= Anger; (D)= Inhibition; (E)= Anxiety; (F)= Control; (G)= Stability; (H)= Sensitivity; (I)= Coping.

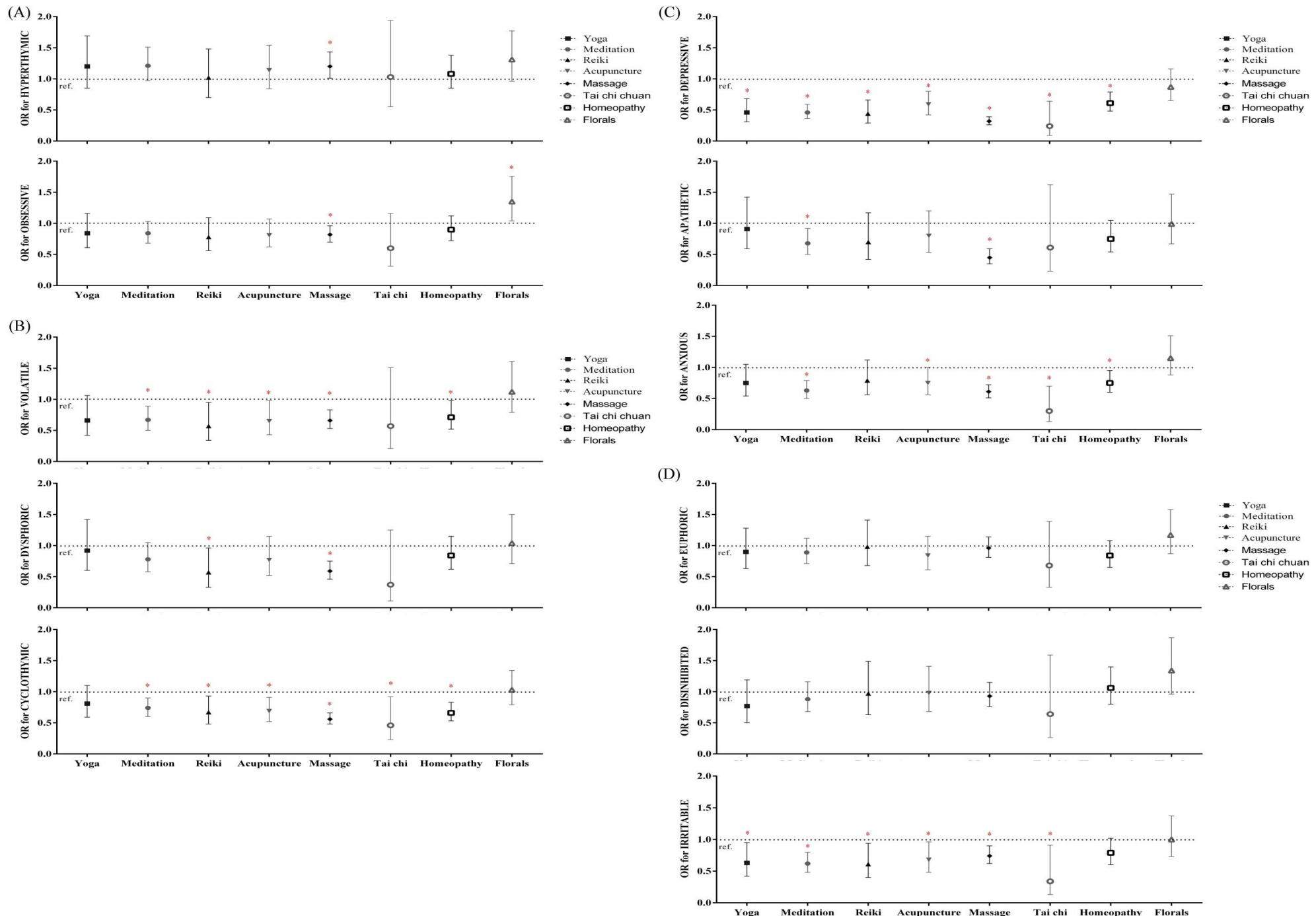


Figure 2. Affective temperament and complementary practices. Data are shown as mean 95% CI. Reference data are euthymic temperament.

Note: (A)= Stable types; (B)= Instable types; (C)= Internalized types; (D)= Externalized types.

Referências

ARMSTRONG, Margaret E. Acupuncture. **American Journal of Nursing**, v. 72, n. 9, p. 1583-1588, 1972.

BISHOP, Felicity L.; LEWITH, G. T. Who uses CAM? A narrative review of demographic characteristics and health factors associated with CAM use. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 7, n. 1, p. 11-28, 2010.

BRASIL, Virginia Visconde et al. Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 383-394, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 971 de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 maio 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde—PNPIC. 196 p., 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 96p.: il., 2015.

CALDWELL, Karen L. et al. Effects of tai chi chuan on anxiety and sleep quality in young adults: lessons from a randomized controlled feasibility study. **Nature and Science of Sleep**, v. 8, p. 305-314, 2016.

CLARKE, Tainya C. et al. Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. **National health statistics reports**, n. 79, p. 1-16, 2015.

DE CARVALHO, H. W. et al. The affective and emotional composite temperament model and scale: psychometric analysis including anxiety and instability subscales. In: **Scientific Program and Abstract Book, 3rd International Congress on Neurobiology, Psychofarmacology and Treatment Guidance**. 2013. p. 176.

FRIEDMAN, Howard S.; KERN, Margaret L. Personality, well-being, and health. **Annual review of psychology**, v. 65, p. 719-742, 2014.

GONTIJO, Mouzer Barbosa Alves; NUNES, Maria de Fátima. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES: CONHECIMENTO E CREDIBILIDADE DE PROFISSIONAIS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n.1, p. 301-320, 2017.

HONDA, Keiko; JACOBSON, Judith S. Use of complementary and alternative medicine among United States adults: the influences of personality, coping strategies, and social support. **Preventive medicine**, v. 40, n. 1, p. 46-53, 2005.

ISCHKANIAN, Paula Cristina; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando à promoção da saúde. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n. 2, p. 233-238, 2012.

KAMALI, Fahimeh et al. Comparison between massage and routine physical therapy in women with sub acute and chronic nonspecific low back pain. **Journal of back and musculoskeletal rehabilitation**, v. 27, n. 4, p. 475-480, 2014.

KAWAMURA, Yoshiya et al. Six-year stability of affective temperaments as measured by TEMPS-A. **Psychopathology**, v. 43, n. 4, p. 240-247, 2010.

KEEFE, John R. et al. Short-term open-label chamomile (*Matricaria chamomilla L.*) therapy of moderate to severe generalized anxiety disorder. **Phytomedicine**, v. 23, n. 14, p. 1699-1705, 2016.

KLIGLER, Benjamin et al. Acupuncture Therapy in a Group Setting for Chronic Pain. **Pain Medicine**, v.0, p. 1-11, 2017.

LARA, Diogo R. et al. The Affective and Emotional Composite Temperament (AFECT) model and scale: a system-based integrative approach. **Journal of Affective Disorders**, v. 140, n. 1, p. 14-37, 2012a.

LARA, Diogo R. et al. Development and validity data of the Brazilian Internet Study on Temperament and Psychopathology (BRAINSTEP). **Journal of affective disorders**, v. 141, n. 2, p. 390-398, 2012b.

LUZ, Madel T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: revista de saúde coletiva**, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

MACLENNAN, Alastair H.; MYERS, Stephen P.; TAYLOR, Anne W. The continuing use of complementary and alternative medicine in South Australia: costs and beliefs in 2004. **Medical journal of Australia**, v. 184, n. 1, p. 27, 2006.

MANINCOR, Michael et al. Individualized yoga for reducing depression and anxiety, and improving well-being: a randomized controlled trial. **Depression and anxiety**, v. 33, n. 9, p. 816-828, 2016.

MENEZES, Carolina Baptista; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. The relationship between the practice of sitting and silent meditation, and psychological well-being, and the effects of personality traits. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 44, n. 1, p. 140-149, 2010.

MENEZES, Carolina B.; PEREIRA, Mirtes G.; BIZARRO, Lisiâne. Sitting and silent meditation as a strategy to study emotion regulation. **Psychology & Neuroscience**, v. 5, n. 1, p. 027-036, 2012.

METCALFE, Amy et al. Use of complementary and alternative medicine by those with a chronic disease and the general population-results of a national population based survey. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 10, n. 1, p. 58, 2010.

OUMEISH, Oumeish Youssef. The philosophical, cultural, and historical aspects of complementary, alternative, unconventional, and integrative medicine in the Old World. **Archives of dermatology**, v. 134, n. 11, p. 1373-1386, 1998.

PATRICIO, Ana Luisa et al. Analgesia acupuntural en el servicio de urgencias. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 18, n. 3, p. 165-169, 2002.

PARK, Jungwee. Use of alternative health care. **Health Reports**, v. 16, n. 2, p. 39-42, 2005.

SARRIS, J. et al. Complementary medicine use by middle-aged and older women: personality, mood and anxiety factors. **Journal of health psychology**, v. 16, n. 2. P. 314-321, 2010.

SHARMA, Anup et al. A breathing-based meditation intervention for patients with major depressive disorder following inadequate response to antidepressants: a randomized pilot study. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 78, n. 1, p. 59-63, 2017.

SIROIS, Fuschia M.; PURC-STEVENS, Rebecca J. Personality and consultations with complementary and alternative medicine practitioners: a five-factor model investigation of the degree of use and motives. **The journal of alternative and complementary medicine**, v. 14, n. 9, p. 1151-1158, 2008.

SOUZA, Islândia Maria Carvalho de et al. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, 2012.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicinalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 914-920, 2008.

THOMSON, Patricia et al. Psychosocial factors that predict why people use complementary and alternative medicine and continue with its use: A population based study. **Complementary therapies in clinical practice**, v. 20, n. 4, p. 302-310, 2014.

WILLIAMS, Allison. Therapeutic landscapes in holistic medicine. **Social Science & Medicine**, v. 46, n. 9, p. 1193-1203, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Ottawa charter for health promotion. **Bulletin of the Pan American Health Organization (PAHO)**, v. 21, n. 2, p. 200-04, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. WHO traditional medicine strategy 2002-2005. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023. Geneva; 2013. 2014.

ZHANG, Xiaorui et al. General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. **World Health Organization**, p. 1-71, 2000.