



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

ANDRESSA MACIEL

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, COMPORTAMENTAIS E
DE SAÚDE DE USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**

PASSO FUNDO, RS.

2020

ANDRESSA MACIEL

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, COMPORTAMENTAIS E
DE SAÚDE DE USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de concentração: Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Shana Ginar

Coorientadora: Enf Esp Eliana Paula Brentano

PASSO FUNDO, RS

2020

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Maciel, Andressa

Características sociodemográficas, comportamentais e de saúde de usuários de benzodiazepínicos em uma Estratégia Saúde da Família no norte do Rio Grande do Sul / Andressa Maciel. -- 2021. 20 f.

Orientadora: Doutora em Epidemiologia Shana Ginar da Silva
Co-orientadora: Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família Eliana Paula Brentano

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Residência
Multiprofissional em Saúde, Passo Fundo, RS, 2021.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Benzodiazepínicos. 3. Estratégia Saúde da Família. I. Silva, Shana Ginar da, orient. II. Brentano, Eliana Paula, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

ANDRESSA MACIEL

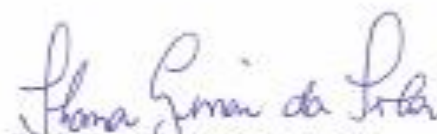
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS,
COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE DE USUÁRIOS DE
BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Residência,
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde: Área de
Concentração Atenção Básica da Universidade
Federal da Fronteira Sul, como requisito
parcial para obtenção do título de Especialista.

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em
11/12/2020, conforme Ata Nº 01/2020.

Em função da Pandemia do Coronavírus e as medidas de afastamento tomadas pela UFFS,
esse Termo foi assinado apenas pelo Presidente da Banca

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Sílvia Ginar da Silva
Orientadora

Esp. Eliana Brantano da Silva
Coorientadora

Prof. Dra. Caroline Rizzi – UFFS
Membro examinador

Prof. Dra. Vanderleia Laodete Palga – UFFS
Membro examinador

RESUMO

O presente volume apresenta o Trabalho de Conclusão de Residência desenvolvido nos 24 meses do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Passo Fundo, RS. O volume final é composto por quatro capítulos sendo o capítulo I referente ao diagnóstico territorial, o capítulo II ao Projeto de Pesquisa-Intervenção, o capítulo III ao Relatório de Trabalho de campo e, por fim o capítulo IV constitui o artigo científico, elaborados pela residente nos Componentes Curriculares “Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e TCR I, II, III e IV”, sob orientação da Prof^a. Dr^a Shana Ginar da Silva e coorientado pela Enfermeira Especialista Eliana Brentano. Teve como objetivo aproximar teoria e prática por meio da formação ensino-serviço, bem como colaborar com a produção científica já existente. O cenário de prática foi o território da Estratégia Saúde da Família São José Operário, local vivo, repleto de diversidades e rico em potenciais estudos. Esta produção foi dividida em capítulos, que assim como um quebra-cabeça, encaixam-se um no outro, formando uma imagem do processo como um todo para o leitor. No primeiro capítulo consta o “Diagnóstico Territorial: Estratégia Saúde da Família São José Operário, Marau/RS”, desenvolvido no primeiro semestre realizado em 2016. Nele estão descritas diversas características do território da ESF e também do município, rede de saúde, de educação entre outros. O segundo capítulo trata-se do projeto de pesquisa-intervenção, denominado “Efeitos Do Reiki Em Desfechos Clínicos e de Saúde em Usuários de Benzodiazepínicos na Atenção Primária: um Ensaio Clínico Randomizado”, desenvolvido após a retomada ao programa no ano de 2019. O terceiro capítulo traz o “Relatório de Trabalho de Campo”, nele contém o passo-a-passo, em detalhes, do processo de construção da pesquisa. Por fim, o quarto e último capítulo, apresenta o produto final de todo o processo, o artigo científico intitulado: Características Sociodemográficas, Comportamentais e de Saúde de Usuários De Benzodiazepínicos em uma Estratégia De Saúde Da Família no Norte Do Rio Grande do Sul. É importante destacar que cada capítulo retrata o esforço empregado em cada momento desta pesquisa e o desejo de qualificar a Atenção Básica do município.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Ansiedade; Benzodiazepínico; Perfil Epidemiológico; Uso de medicamentos.

ABSTRACT

This Residency Completion Work is part of the final component Multiprofessional Residency Program in Health, Concentration Area: Primary Care, linked to the Federal University of the Southern Border (UFFS). It aimed to bring theory and practice closer together, as well as to collaborate with the already existing kinetic production through the research-intervention methodology. The work field was developed in the territory of the São José Operário Family Health Strategy, a living place, full of diversities and rich in potential studies. This production was divided into chapters, which, like a puzzle, fit together, forming an image of the process as a whole for the reader. The first chapter contains the “Territorial Diagnosis: Family Health Strategy São José Operário, Marau / RS”, developed in the first semester held in 2016. It describes several characteristics of the territory of the FHS and also of the municipality, health and education network, among others. The second chapter is about the research-intervention project, called “Effects of Reiki on Clinical and Health Outcomes in Benzodiazepine Users in Primary Care: a Randomized Clinical Trial”, developed after the resumption of the program in 2019. The the third chapter contains the “Fieldwork Report”, which contains the step-by-step, in detail, of the research construction process. Finally, the fourth and last chapter presents the final product of the entire process, the scientific article entitled: Sociodemographic, Behavioral and Health Characteristics of Benzodiazepine Users in a Family Health Strategy in the North of Rio Grande do Sul. It is important to highlight that each chapter portrays the effort used at each moment of this research and the desire to qualify the city's Primary Care.

Keywords: Primary Health Care; Anxiety; Benzodiazepine; Epidemiological Profile; Use of medicines.

1 DIAGNÓSTICO TERRITORIAL.....SUMÁRIO	6
1.1 INTRODUÇÃO.....	6
1.1.1 Percursos da saúde no Brasil: entre lutas e conquistas.....	6
1.1.2 Experimentação de outro cuidado: a concretização do acesso à saúde pela atenção básica e a estratégia de saúde da família	7
1.1.3 Residências multiprofissionais em saúde: a ressignificação do processo de trabalho no sus.....	10
1.2 DESENVOLVIMENTO: O DIAGNÓSTICO	11
1.2.1 Conhecendo o município de Marau	11
1.2.2 A construção do cuidado em saúde no município de Marau	12
1.2.3 Construindo participação popular: promoção de encontros, empoderamento e cidadania	16
1.2.4 Espaço de cuidado: a ESF São José Operário.....	18
1.2.5 O processo de trabalho: percursos para implementação do cuidado	18
1.2.6 Desvelando a comunidade: culturas, crenças, sentimentos, diferenças e desejos ...	19
REFERÊNCIAS	20
2 PROJETO PESQUISA-INTERVENÇÃO	22
2.1 EFEITOS DO REIKI EM DESFECHOS CLÍNICOS E DE SAÚDE EM USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO	22
2.1.1 Introdução	22
2.1.2 Tema	25
2.1.3 Problema	25
2.1.4 Justificativa	25
2.2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
2.2.1 A inserção das Práticas Integrativas e Complementares no processo de trabalho da Atenção básica.....	25
2.2.2 Reiki	27
2.2.3 O Reiki e seus Benefícios.....	29
2.3 HIPÓTESES	33
2.4 OBJETIVOS	34
2.4.1 Objetivo Geral	34
2.4.2 Objetivos Específicos.....	34

	SUMÁRIO	
2.5.1	Tipo de estudo	34
2.5.2	Local e período de realização.....	34
2.6	POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	35
2.7	LOGÍSTICA E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	35
2.8	ANÁLISE DE DADOS	37
2.9	ASPECTOS ÉTICOS	38
2.10	RESULTADOS ESPERADOS	39
2.11	RECURSOS	39
2.12	CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – ANO 2019/2020	39
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICE A - TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA.....	46
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	47
	APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS EM ARQUIVO (TCUDA).....	51
	ANEXO A – QUESTIONÁRIO	52
3	RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO.....	62
3.1	INTRODUÇÃO.....	62
3.2	LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS	63
3.2.1	Logística prévia e durante a coleta de dados.....	63
3.2.2	Instrumentos de coleta de dados	65
3.2.3	Perdas e recusas	67
3.2.4	Preparação e organização do banco de dados.....	68
3.2.5	potencialidades e desafios enfrentados durante a coleta de dados.....	69
3.3	RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	70
3.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DECAMPO	71
	REFERÊNCIAS	74
4	ARTIGO CIENTÍFICO.....	75
	REFERÊNCIAS	90
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
	ANEXO A.....	96
	ANEXO B.....	100

1 DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

1.1 INTRODUÇÃO

1.1.1 Percursos da saúde no Brasil: entre lutas e conquistas

Antes de se construir um sistema de saúde, o Brasil, via Ministério da Saúde, desenvolvia ações de promoção e prevenção como as campanhas de vacinação e o controle das endemias. A atuação em saúde se dava através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes. Essa vinculação com o instituto negligenciava o cuidado com aquelas pessoas que não tinham vínculo trabalhista formal e criava instituições de assistência à saúde privadas como oferta de cuidado aos seus associados (SOUZA et al., 2002).

A partir da década de 80, conjuntamente com o processo de redemocratização do país, diversos setores da sociedade mobilizaram-se pela reforma sanitária brasileira, que defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM et al., 2011).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde onde se definiu o conceito de saúde como um direito do cidadão, que serviu como subsídio para a elaboração do artigo 196 da Constituição Federal, delineando os fundamentos do SUS. A partir deste, várias estratégias foram construídas permitindo a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. Essas mudanças estabeleceram os alicerces para a construção do SUS. (Ibidem).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), após aprovada trouxe as atribuições e organizações do SUS, tendo como função realizar ações de promoção de saúde, vigilância em saúde, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar (BRASIL, 1990a).

Ainda nesse período, foi criada a lei 8142 de 1990, que dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

Em 1993, um importante passo para organização da atenção primária foi implementada no país. O Programa de Saúde da Família (PSF) e outras iniciativas como o programa nacional de controle e prevenção de HIV/AIDS, controle do tabagismo, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, o estabelecimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a

criação de um modelo de atenção à saúde indígena, entre outros (PAIM et al., 2011).

Algumas normas aprovadas pelo Ministério da Saúde estabeleceram mecanismos de repasse financeiro (Piso da Atenção Básica - PAB) e novos conselhos representativos e comitês em gestão em todos os níveis de governo. Para administrar a proposta de uma política descentralizada, as conferências nacionais em saúde, os conselhos e as comissões intergestoras tiveram um importante papel nesse período (Ibidem).

Com relação a sua estruturação, o sistema de saúde brasileiro é constituído por três subsetores: público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado, nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais (Ibidem).

Com todos esses movimentos, o SUS foi se construindo e hoje é um dos maiores sistemas de saúde do mundo. Entre contradições e conquistas, entre lutas e obstáculos, o Sistema de Saúde Brasileiro avançou através de processos como o de descentralização, ampliação do acesso, valorização da participação social e a criação e uso de diversos tipos de tecnologias na atenção à saúde. Entretanto, enfrenta ainda uma série de obstáculos que permeiam o cotidiano dos processos de gestão e trabalho como as desigualdades sociais e a garantia de sustentabilidade política, científica e econômica. (SOUZA, et al., 2002).

1.1.2 Experimentação de outro cuidado: a concretização do acesso à saúde pela atenção básica e a estratégia de saúde da família

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção primária apresenta-se através de diversas ações de saúde integradas e direcionadas ao indivíduo, família e comunidade, que estejam voltadas à promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012). O principal objetivo é desenvolver uma atenção integral que melhore a saúde e fortaleça a autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio práticas autônomas e participativas, favorecendo o diálogo para reorganização do sistema de saúde e assim, fortalecer o vínculo entre os sujeitos (BRASIL, 2011b).

A Atenção Básica é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da

humanização, da equidade e da participação social (Ibidem).

Diversas responsabilidades são comuns em todas as esferas do governo para aprimorar a AB, entre elas está a de contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão, apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação (Ibidem).

Suas diretrizes devem ser consideradas a partir de alguns critérios como: território adstrito, o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, porta de entrada aberta, adstrição dos usuários e desenvolvimento de relações de vínculo, responsabilização entre as equipes e a população, coordenação da integralidade e participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia (Ibidem).

A Atenção Básica deve seguir alguns aspectos relacionados à infraestrutura e ao funcionamento nos municípios e no Distrito Federal. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS, devem estar cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente de acordo com as normas vigorantes, recomenda-se que disponibilizem, conforme orientações e especificações do manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica, devem possuir identificação segundo padrões visuais do SUS e da atenção básica pactuados nacionalmente, recomenda-se que possuam conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando a participação social na gestão da Unidade Básica de Saúde, entre outros pontos importantes para garantir a qualidade e resolutividade das ações (Ibidem).

O processo de trabalho das equipes na Atenção Básica devem ter características essenciais como a definição do território e da população sob sua responsabilidade, programar e implementar ações de acordo com a necessidade da população, avaliando riscos e vulnerabilidades, realizar acolhimento, classificação de risco e escuta qualificada, oferecer atenção domiciliar, desenvolver ações educativas; promover a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, apoiar estratégias de controle social, entre outras (Ibidem).

Para afirmação e consolidação da reorientação do modelo de atenção à saúde, proposto pela Atenção Básica, a educação permanente tornou-se um importante dispositivo para a qualificação e reflexão dos processos de gestão e de trabalho. A partir deste, as equipes tem a possibilidade de repensar o cotidiano de trabalho pedagogicamente, através da renovação de conhecimentos e instituição de espaços de formação e troca de experiências (BRASIL, 2012).

Para atender as demandas dos municípios que solicitavam ao Ministério da Saúde apoio

financeiro para mudar a operacionalização da rede básica de saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) originou-se em dezembro de 1993, sendo importante mencionar que o Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) o antecedeu. O objetivo geral é contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, de acordo com os princípios do SUS e atribuir às unidades básicas de saúde, uma nova forma de atuação, com a definição de responsabilidades (SOUSA et al., 2014).

Os objetivos específicos do PSF englobam a prestação de assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adstrita na unidade de Saúde ou domicílio, intervenção nos fatores de risco das famílias, humanização das práticas de saúde, através de vínculo entre os profissionais de saúde e a população, desenvolvimento de ações intersetoriais, contribuição para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença e estimulação da organização da comunidade para efetivo exercício do controle social (BRASIL, 2011b).

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família, criou-se a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, onde ficava estabelecido que o PSF fosse a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006).

Em 21 de outubro de 2011, foi implementada a Portaria Nº 2.488, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b), e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF) prevê a participação de toda a comunidade em parceria com a equipe de Saúde da Família, como estratégias centrais, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde. A ESF, considerada porta de entrada do sistema de saúde, desenvolve ações básicas num território definido, que são empenhadas em promover a saúde numa lógica de mudanças das práticas tradicionais, com ações que possam contribuir com a qualidade de vida da população (BRASIL, 2011b).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que deve possuir, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe

de Saúde Bucal).

O trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde, com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si (SOUSA et al., 2014).

Os/as agentes comunitários (as) de saúde tem um importante papel na vinculação da comunidade e da equipe. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2011b).

Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde. A carga horária é de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde cadastrados na Estratégia Saúde da Família. A equipe de saúde da família tem a capacidade de resolver aproximadamente 85% dos problemas de saúde e prevenir doenças que mais acometem a população (SOUSA et al., 2014).

1.1.3 Residências multiprofissionais em saúde: a resignificação do processo de trabalho no sus

Falar do papel das residências multiprofissionais em saúde é o desafio de dialogar com processos de ensino, de trabalho, cuidado, disputas, experiências, afetos e de encontros.

Desde os movimentos da reforma sanitária, o modelo de atenção à saúde começou a ser repensado, bem como a formação dos profissionais. A partir das deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, a Política de Formação para Profissionais de Saúde começa a ser formulada, articulada por polos de educação permanente em saúde, que tinham objetivo de discutir o ensino na pós-graduação, a partir do financiamento público e participação do controle social (RAMOS et. al., 2006).

Para enfrentamento de um cenário de fragmentação dos processos de cuidado e com o desafio da integralidade latente, a dimensão pedagógica no campo da saúde tornou-se importante dispositivo para constituição de linhas de fuga constituídas no encontro entre educação, trabalho e saúde (SILVA; CABALLERO, 2010). A partir disso, a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, segundo a Portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004 define que as residências multiprofissionais e integradas são o eixo fundamental para as ações de formação dos

profissionais, tornando a rede de serviços em saúde, uma rede de ensino aprendizagem no exercício do trabalho (SILVA; CABALLERO, 2010).

As residências multiprofissionais em saúde tornam-se então uma modalidade de educação profissional, vinculadas à pós-graduação lato-sensu (RAMOS et. al., 2006). As residências utilizam como metodologia de ensino-aprendizado a formação em serviço, atuando como importante dispositivo de educação permanente (SILVA; CABALLERO, 2010).

Como potência para a problematização do modelo hegemônico de saúde, que fragmenta o cuidado e hierarquiza saberes, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) proporcionam “um campo de formação aberto a novas possibilidades, a criações, a constituir-se e a desmanchar-se” (ROLNIK, 2009, p. 67), a partir de um cotidiano coletivo, desterritorializante.

As disputas e tensionamentos que permeiam a saúde atravessam também à constituição dos percursos de formação nas RMS, entretanto, a experiência que é construída neste campo pode ser essencialmente pedagógica, capaz de colocar a todo tempo em questão os modos de subjetivações produzidos nestes espaços. O desafio torna-se garantir práticas coletivas, terapêuticas inovadoras e comprometidas ética e politicamente, em defesa da vida e do sistema único de saúde.

1.2 DESENVOLVIMENTO: O DIAGNÓSTICO

1.2.1 Conhecendo o município de Marau

O município de Marau foi emancipado em 28 de fevereiro de 1955, e sua população inicialmente era composta majoritariamente por imigrantes italianos, tendo na agricultura a principal atividade econômica. Nas últimas décadas, a economia se diversificou, com o aparecimento de indústrias, inicialmente relacionadas ao setor frigorífico, e posteriormente se expandindo para os setores metal-mecânico e couro. Também com o fortalecimento do setor terciário a cidade se tornou referência microrregional para o comércio e prestação de serviços. O crescimento econômico teve como consequência uma forte migração, e consequentemente um alto crescimento demográfico, que é um dos maiores do Estado. Esta migração nos permite considerar que a população marauense atual é bastante diversificada, com moradores oriundos de várias regiões do Estado e do País.

O município de Marau está localizado na região do Planalto Médio (região da produção). Possui em torno de 40.174 habitantes, sendo que a população é distribuída em 86,7% urbana e 13,2% rural. A expectativa de vida é acima da média do estado (74,64 anos contra 75,9 anos).

O município apresenta um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 1.508.491,24 (2011), destacando a participação frigorífera, metal-mecânica e couro. Destacam-se por apresentar um turismo permeado por festividades italianas, farta gastronomia, feiras e exposições.

No âmbito da educação, o município dispõe de 11 escolas de ensino fundamental que atendem 2609 alunos, 12 escolas de Educação Infantil onde e encontram 1829 alunos matriculados e 01 Unidade de Educação de Jovens e Adultos (SEJA) que atende 150 alunos. O município também oferta atendimento a alunos especiais junto a escolas do município, Escola Pedro Rigo e Higino Coelho Portela, onde se compreende as seguintes necessidades especiais: deficiência intelectual, física, visual, auditiva, autistas, e também a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que abrange serviços como estimulação precoce, neurologia, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, pedagogia e pediatria.

Também dispõe de 01 Centro de Lazer e Convivência, destinado a população idosa, onde são realizadas atividades de cultura e recreação com o objetivo da melhora da qualidade de vida dos mesmos. Ressalta-se que 1150 pessoas são atendidas por este serviço incluindo a população do centro, bairros e interior. É composta ainda, por um Centro de Referência da Criança e Adolescente e Programa AABB Comunidade, o qual oferece 32 oficinas e atende 657 alunos.

1.2.2 A construção do cuidado em saúde no município de Marau

A Secretaria Municipal de Saúde foi inaugurada em 11 de maio de 1988, tendo como responsabilidade à atenção básica a saúde de seus municípios. Esta presta atendimento à população em 12 Unidades de Saúde da Família, um Posto de Especialidades Médicas e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi iniciada nos fins de 2002, sendo ampliada gradativamente até atingir 100% da população do município em 2013, contando com 12 equipes credenciadas junto ao Ministério da Saúde.

A equipe da ESF é constituída por 01 médico (40 horas/semanais), 01 enfermeira (40 horas/semanais), 01 técnica de enfermagem (40 horas/semanais), 01 psicóloga (20 horas/semanais), 01 cirurgião-dentista (20 horas/semanais), 01 auxiliar de consultório dentário (20 horas/semanais), 01 auxiliar administrativa (40 horas/semanais), 01 sanificadora (40 horas/semanais) e agentes comunitários de saúde (40 horas/semanais).

O Posto de Especialidades Médicas, localizado junto a Secretaria Municipal de Saúde

compreende os seguintes atendimentos: pediatria, ginecologia e obstetrícia e enfermagem. É composto pela seguinte equipe: 02 pediatras, 02 ginecologistas/ obstetras, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem e 01 auxiliar administrativo.

Atualmente, o município também conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), composto por equipe multidisciplinar: 01 psicóloga, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 01 médico especialista em saúde mental, 01 assistente social, 01 administrativo, 01 artesã, e 01 cuidador. Apresenta 397 usuários cadastrados, sendo aproximadamente 84 atendimentos mensais. Outras atividades realizadas são as visitas domiciliares, atendimentos em grupo de apoio semanal para dependentes químicos e grupo de apoio semanal para familiares, atendimentos individuais por médico, profissionais de enfermagem e psicólogas, além de oficinas terapêuticas.

A Assistência Farmacêutica de Marau disponibiliza 182 medicamentos da lista básica, na farmácia municipal. Atualmente, o município conta com 05 farmacêuticos, atuando na farmácia básica e do estado e nos polos de farmácias localizados nas ESF São José Operário, Planalto/Central III, Santa Rita, Progresso/Rural e Centro Social Urbano, além de quatro atendentes, um estagiário e um almoxarife para atender aproximadamente 300 usuários/dia que procuram o serviço para dispensação de medicamentos. Próximo à farmácia básica encontra-se a Farmácia de Dispensação de Medicamentos do Estado, que são medicamentos especiais fornecidos pelo Estado. A demanda de atendimentos nesta aproxima-se de 150 atendimentos semanais.

O Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), é uma estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e capacitação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, através da Educação Permanente (EP), firmando a consolidação das diretrizes e princípios do SUS.

A equipe ampliada de trabalho do NUMESC é composta pelas seguintes categorias de profissionais da saúde: enfermagem, psicologia, odontologia, médico, agente comunitária de saúde e assistente social. O grupo que compõe o NUMESC reúne-se quinzenalmente nas segundas-feiras à tarde.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de aumentar a resolutividade das equipes e ampliar o escopo das ações desenvolvidas.

O NASF se constitui em um arranjo organizacional integrante da atenção básica, formado por diferentes ocupações, atuando de maneira articulada de modo a apoiar e dar suporte

aos profissionais das equipes de saúde da família. Atualmente, no município, os profissionais que compõe a equipe do NASF são Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicóloga, Assistente Social, Médica Pediatra e Farmacêutica.

O município também desenvolve ações a partir do Programa Primeira Infância Melhor (PIM). Foi reimplantado em setembro de 2013 e conta com 05 visitadoras, 03 participantes do grupo técnico municipal, e 01 monitora. Tem o objetivo de orientar as famílias para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade. Atualmente são atendidas cerca de 70 famílias em condições de vulnerabilidade social.

A Associação Hospitalar Beneficente de Marau (Hospital Cristo Redentor) foi fundada em 20 de fevereiro de 1976. Disponibiliza 60% de sua capacidade técnica instalada ao SUS, estabelecida em prédio próprio, possui 110 leitos, prestando seus serviços ao município de Marau e microrregião de 11 municípios. O Hospital Cristo Redentor presta serviços de: obstetrícia, pediatria, traumatologia e ortopedia de urgência, conforme organização da demanda da rede municipal e os casos mais complexos que necessitam de internação hospitalar e que estejam dentro da capacidade instalada do hospital.

Ainda o município possui convênio com os seguintes hospitais: Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), IOT (Instituto de Ortopedia e Traumatologia) e Hospital da Cidade (HC).

O Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) é a referência para a realização de Hemodiálise. Também, casos de quimioterapia são referenciados aos Serviços de Oncologia do HC e HSVP. Já o serviço de radioterapia é realizado somente no HSVP. Também há braquiterapia no município de Erechim. Os demais casos são referenciados para Porto Alegre conforme disponibilização pelo Sistema AGHOS e SISREG (Passo Fundo).

Também são desenvolvidos programas de Vigilância em Saúde no município, que visa à integralidade do cuidado e está inserida na construção das redes de atenção à saúde coordenadas pela atenção primária. As ações de vigilância dividem-se nas seguintes áreas: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador.

O Município de Marau no ano de 2011 foi pioneiro da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde na adesão ao Programa Rede Cegonha. Com a criação do Grupo Condutor da Rede Cegonha algumas ações foram pactuadas, tais como: agendamento dos exames laboratoriais e de imagem por telefone pela equipe de saúde, resultados on-line para a equipe de saúde, realização de testes rápidos de gravidez, sífilis e HIV, avaliação de início e final de gestação pelo ginecologista, entre outras.

O SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um serviço de saúde

desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde o Rio Grande do Sul em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. O SAMU atende pacientes na residência, no local de trabalho, na via pública, ou seja, através do telefone 192 o atendimento chega ao usuário onde quer que ele esteja através de diferentes meios de socorro. O Município de Marau recebeu no ano de 2010 uma unidade de SAMU BÁSICA.

O Município de Marau conta com dois Polos de Academias de Saúde, sendo uma no Parque Municipal de Rodeio e outra localizada ao lado do ESF São José Operário. A Portaria Nº 719/GM/MS, de 07 de abril de 2011 - Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tem por objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica- PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015, sendo um instrumento que compõe um conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, como uma das principais estratégias indutoras de qualidade. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da avaliação da atenção básica no SUS (BRASIL, 2015).

No momento, o município conta com 08 ESF aderidas ao PMAQ, entre elas: São José Operário, Planalto, NASF, Central I, Santa Rita, Jardim do Sol, Central II e Centro Social Urbano.

O município conta também com as Residências Multiprofissionais que complementam, aprofundam e especializam a formação adquirida pelos profissionais da saúde.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), importante polo de saúde de Porto Alegre, representa uma caminhada de excelência nesta área. Iniciou-se no ano de 2004 o Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) fazendo parte deste, a ênfase em Saúde da Família e Comunidade (SFC), que tem como seu principal cenário de prática as Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária. Em 2009 foi criada a Escola GHC e desde então a RIS/SFC é vinculada também a Escola. O objetivo é a formação e qualificação de recursos humanos multiprofissionais para o SUS. A RIS/GHC foi criada através da portaria nº 109/04, de março de 2004, como uma modalidade de pós-graduação de caráter multiprofissional, realizada em serviço.

Em 2012 iniciou na ênfase “Saúde da Família e Comunidade” a descentralização de

campos de prática para municípios do interior do Rio Grande do Sul, compreendendo Marau, São Domingos do Sul e Novo Hamburgo e visa a formação de residentes para Atenção Primária à Saúde.

No ano de 2013, a 1ª turma de residentes inseriu-se em Marau, com profissionais das áreas de farmácia, psicologia e enfermagem. Tendo como campo de práticas a ESF Santa Rita e a ESF Central III, posteriormente essa foi substituída pela ESF São José Operário. Alguns frutos foram colhidos dessa parceria: 2 turmas concluídas.

Em 12/03/2015 aconteceu a 1ª reunião de planejamento para Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) com a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) campus Passo Fundo, que a partir dessa data passou a ser instituição apoiadora da RMS no município.

A RMS da UFFS visa a qualificação dos padrões de desempenho profissional e científico, em consonância aos princípios e às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destaca-se a instituição da sua Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) por meio da Portaria Nº 0911/GR/UFFS/2015 em agosto de 2015. Com a aprovação do novo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, a UFFS passa a oferecer, no Campus Passo Fundo, mais esta modalidade de ensino de pós-graduação.

Atualmente as duas instituições formadoras atuam no município e são apoiadas pelas profissionais preceptoras. O GHC formará sua 3ª turma de residentes em março/17 e encerrará a parceria com Marau, abrindo as portas para a UFFS que já está contribuindo para o crescimento das 6 residentes que fazem parte da primeira turma.

1.2.3 Construindo participação popular: promoção de encontros, empoderamento e cidadania

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) em Marau está regulamentado pela lei municipal nº 1577 de Julho de 1991, a qual cria o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), está orientado pela Lei Orgânica Municipal, a qual trata em seu capítulo V, dos Conselhos Municipais.

Atualmente o CMS é composto 18 conselheiros titulares, 18 conselheiros suplentes, sendo representado pelas seguintes instituições: Hospital, Associação Farmacêuticos e Bioquímicos, Associação de odontólogos, Associação Marauense de Hepatites Virais, Cooperativa Agrícola Mista Marauense Ltda, Secretarias de Saúde, Agricultura, Educação, Administração, Desenvolvimento Social, Sindicato Rural, APAE, Associação Agentes voluntários, Sindicato trabalhadores rurais, sindicato dos trabalhadores indústrias de

alimentação.

Além deste, o município de Marau conta ainda com os conselhos locais, o qual proporciona, de maneira descentralizada, o controle social e o engajamento da população na discussão de estratégias de melhoria do sistema municipal de saúde. O Conselho Local de Saúde (CLS) na área de abrangência da ESF São José Operário foi resgatado por uma mobilização dos residentes de Saúde da Família e Comunidade, trabalhadores e usuários no decorrer do ano de 2015. Em 2016 foi deliberado nas reuniões do CLS que as mesmas ocorressem nas sedes das comunidades pertencentes a ESF, como forma de ampliar a participação da população. É composto por 6 conselheiros representantes de cada bairro de abrangência do território adscrito.

Nas atividades referentes a educação e promoção em saúde, a ESF conta com as seguintes atividades:

- Oficina Terapêutica de Teatro: Com o intuito de fomentar o processo de constituição de novas práticas terapêuticas de cuidado multiprofissional as oficinas terapêuticas de teatro vinculadas ao NUMESC, tiveram início em abril de 2016. Desde então, tornaram-se um espaço onde semanalmente, os usuários têm a oportunidade de através de atividades de expressão corporal manifestar sentimentos e vivências, com a ajuda de profissionais de diferentes áreas. A atividade é ministrada por uma professora de teatro e tem a participação das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).
- Grupo cuidando de sua saúde: Tem como o objeto promover atividades de educação em saúde para a comunidade em geral, incluindo ações voltadas para o público hipertenso e diabético. Realiza-se mensalmente, no salão da comunidade, onde diferentes temáticas são abordadas, como por exemplo, orientações nutricionais, qualidade de vida, cuidados corporais, emoções, lazer, violência.
- Grupo de atividade física: trata-se de um grupo de atividade física, com frequência semanal, aberto para participação de qualquer pessoa da comunidade. É dividido em dois momentos: o primeiro é realizado pela equipe de enfermagem da unidade, onde os sinais vitais são aferidos, após, o segundo momento conta com a participação das Agentes Comunitárias de Saúde e de um profissional fisioterapeuta para ministrar as atividades físicas, que atualmente são realizadas na academia de saúde que se localiza ao lado da ESF.
- Grupo de gestantes: Realiza-se semestralmente, com o intuito de promover um espaço de diálogo, acolhimento, troca de experiências e informações a respeito do período gestacional. O grupo conta com o envolvimento da equipe multiprofissional da ESF, abordando

questões como: aspectos emocionais, planejamento familiar, cuidados com recém-nascido, saúde bucal da gestante e do bebê, amamentação, etc.

- Grupo mãos de fada: São atividades que acontecem semanalmente, no salão da comunidade, sob coordenação das agentes comunitárias de saúde. São desenvolvidas atividades de artesanato deliberadas pelas participantes do grupo. Além disso, tem um caráter de convivência e troca de experiências. Os recursos para compra dos materiais utilizados nas atividades, são adquiridos a partir da organização de um brechó realizado anualmente.

- Grupo de cessação de tabagismo: o grupo é desenvolvido semestralmente, com envolvimento da equipe e apoio do NASF. São desenvolvidas ações a partir das orientações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

1.2.4 Espaço de cuidado: a ESF São José Operário

De acordo com o Ministério da Saúde, os projetos de construção, reformas ou ampliações de unidade de saúde, deverão estar em conformidade com a Resolução-RDC N° 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A unidade é composta por: 02 consultórios médicos, 01 ambulatório, 01 sala de vacina, 01 farmácia, 01 sala de lavagem de materiais, 01 sala de esterilização, 01 almoxarifado, 02 consultórios de psicologia, 01 consultório de odontologia, 01 consultório de enfermagem, 01 sala de reuniões, 01 recepção e 06 banheiros.

A equipe é composta: 01 auxiliar administrativo, 01 estagiária, 01 enfermeira, 02 médicos, 01 farmacêutica, 01 dentista, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 psicóloga, 02 técnicas de enfermagem, 07 agentes comunitárias de saúde, 01 sanificadora, 02 residentes de enfermagem, 02 residentes de psicologia, 01 residente de farmácia.

1.2.5 O processo de trabalho: percursos para implementação do cuidado

Segundo Franco e Merhy (2012), refletir sobre os processos de trabalho nos permite repensar o modelo de cuidado que estamos desenvolvendo e quais elementos estão envolvidos nesse ato. A partir disso, alguns arranjos são organizados para dar conta das subjetividades envolvidas nesses processos e das relações que vão se estabelecendo.

A demanda é organizada através de agendas vinculadas a cada profissional a qual

mantem-se aberta para os agendamentos de consultas médicas, odontológicas e coleta de citopatológico. Também ocorre o acolhimento a livre demanda realizada pela enfermagem e psicologia. A farmácia funciona 20 horas semanais para atendimento ao público do território adscrito e também da população em geral. Cada atendimento é registrado no prontuário eletrônico do paciente, através do sistema Trackcare.

A equipe realiza reuniões semanais para organização e planejamento das ações, bem como, discussão de casos especiais. Também realiza atividades de educação permanente, denominadas Seminários de Campo, onde destina tempo determinado da reunião para discussão e aprofundamento de temáticas que envolvem o processo de trabalho. Desde 2015, é realizado mensalmente apoio matricial com profissional psiquiatra. A equipe desenvolve ações programáticas como: visita domiciliares, programa remédio em casa, visita as puérperas e recém-nascidos na primeira semana de vida, além de participação em atividades intersetoriais (reunião de rede, grupo condutor de saúde mental e reuniões de núcleos profissionais).

1.2.6 Desvelando a comunidade: culturas, crenças, sentimentos, diferenças e desejos

A ESF São José Operário foi inaugurada em 2006, abrangendo os bairros São José Operário, Frei Adelar, Nova Alternativa I e II, além do Distrito Industrial.

O Bairro Nova Alternativa apresenta população predominantemente jovem, além da mudança constante de novas famílias para o mesmo. Já no bairro São José Operário, por ser o mais antigo do território, este abrange a população majoritariamente idosa. A área do bairro Frei Adelar atinge o índice de maior vulnerabilidade do território, além de compor prédios e casas financiados pela prefeitura de Marau/RS. Além destes, há o Distrito Industrial, que apesar de não ser aprovada a construção de residências no território, existe aproximadamente 70 pessoas habitando.

Com uma população adstrita de aproximadamente 07 mil usuários, a população é constituída predominantemente por adultos jovens que trabalham nas empresas localizadas nos bairros de abrangência, Distrito Industrial, bem como em outras empresas do município ou fora dele. Ainda, há grande população de crianças e idosos, além de imigrantes haitianos que utilizam o serviço de saúde. Percebe-se no território um alto índice de vulnerabilidade, como jovens com alto índice de uso de drogas e casos de violência doméstica.

Há no território uma escola de ensino fundamental, uma escola de educação infantil, um centro recreativo do SESI, igrejas, salão comunitário, centro espírita, campo de futebol, ginásio de esportes, comércios e indústrias de grande porte. Os bairros contam com coleta seletiva de

lixo e suas moradias possuem saneamento básico. Também há pontos de reciclagem de lixo, que servem como meio de sustento para alguns moradores.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial, 2011a. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 08 de agosto de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011b. Disponível em: <Portaria GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, Série E. Legislação em Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

_____. **Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

_____. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 08 de agosto de 2016.

_____. **Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 08 de Agosto de 2016.

_____, Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

_____. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 08 de agosto de 2016.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde**. Revista Tempus : Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n.2, p.151-163, mar./abr.2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

PAIM, Jairnilson et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, Série Saúde no Brasil (1), p. 11-31, maio de 2011.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Município de Marau, Rio Grande do Sul. **Formulário**

Saúde. Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br/outros/formularios-saude 2014>>. Acesso em: 08 de Agosto de 2016.

RAMOS, A et al. **Residências em Saúde:** encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. P. 375-390. In: HADDAD, A. et al. (Orgs.). **Residência Multiprofissional em Saúde:** experiências, avanços e desafios. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília. 2006.

ROLNIK, Suely. **Uma ética do real.** 2009. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/eticareal.pdf>>. Acesso em: 08 de agosto de 2016.

SILVA, Quelen Tanize da; CABALLERO, Raphael Maciel da Silva. **A Micropolítica da formação profissional na produção do cuidado:** Devir-residência. p. 61 a 74. In: FAJARDO, Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lucia. **Residências em saúde:** fazeres & saberes na formação em saúde. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 2010.

SOUSA, Maria Fátima de et al. **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros:** Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Editora Saberes, 2014.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O Sistema Político de Saúde Brasileiro.** Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Editora MS, 2002.

2 PROJETO PESQUISA-INTERVENÇÃO

2.1 EFEITOS DO REIKI EM DESFECHOS CLÍNICOS E DE SAÚDE EM USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

2.1.1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma grande conquista da população brasileira e foi criado na expectativa de promover a justiça social e diminuir as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório, integral e gratuito o atendimento a todos os

indivíduos (BAPTISTA, 2007). A Constituição Brasileira de 1988 traz que a Saúde é direito de todos e dever do Estado. Deve ser assegurada por políticas sociais e econômicas, reduzindo o risco de doença e promovendo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. A saúde deve ser compreendida em um olhar ampliado e não apenas como ausência de doenças (BRASIL, 1988). Diversos fatores estão envolvidos na situação de saúde, entre eles os sociais, culturais, econômicos, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais. Estes fatores afetam as condições de vida e de trabalho dos indivíduos (BUSS, 2006).

Diante da necessidade de cumprir as atribuições voltadas para a coordenação do SUS e com a finalidade de concretizar políticas que visem à garantia da integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Política Nacional de Práticas Integrativa e Complementar (PNPIC) (BRASIL, 2006). Essa construção deu início a partir do atendimento de diretrizes e recomendações de várias Conferências Nacionais de Saúde e também da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013). Após um trabalho conjunto de elaboração de diversos órgãos, entidades e instituições, em 2006 consolidou-se a PNPIC no SUS. Esta política contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são descritos pela OMS como medicina tradicional e complementar alternativa (BRASIL, 2006).

Tais práticas estão tornando-se atrativas aos olhos dos usuários do SUS e também dos serviços privados, pois contribuem para que os usuários reduzam o consumo de medicamentos, aumentem a autoestima e melhorem a qualidade de vida. Já para os profissionais, as práticas ampliam o leque de abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas, garantindo uma maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde (HABIMORAD, 2015).

Ao longo destes anos houve avanços importantes para a qualificação do acesso e da resolutividade na rede de atenção à saúde com mais de cinco mil estabelecimentos SUS que ofertam as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) para a comunidade. Quando o SUS começou a implementar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, em 2006, eram apenas cinco práticas ofertadas à população: medicina tradicional chinesa/acupuntura, homeopatia, medicina antroposófica, termalismo e fitoterapia. Atualmente esse rol conta com 29 práticas. A última inclusão ocorreu por meio da Portaria nº 849/2017, publicada no Diário Oficial da União (D.O.U) com 14 novas práticas que já estão presentes nos serviços de saúde em todo o país sendo elas: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga (BRASIL, 2017). A OMS estima que em torno de 70 a 80% da população dos países ocidentais, recorrem em alguma circunstância à

medicina tradicional e complementar em alguma das suas formas. Com a mesma porcentagem aparecem países industrializados como: Canadá, França, Alemanha e Itália (OLIVEIRA, 2013).

As PICs apresentam-se como coadjuvante nos tratamentos das enfermidades, recupera a saúde com fortalecimento do vínculo terapêutico, a escuta acolhedora, a autonomia da pessoa assistida, a empatia, a compreensão, a mudança de paradigmas e hábitos de vida, considerando a integralidade do indivíduo, a integração do ser humano com a natureza, a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção no cuidado (OLIVEIRA, 2013).

No ano de 2013 o estado do Rio Grande do Sul aprovou a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares através da resolução nº 695/13-CIB/RS. No seu corpo, a referida política reforça a soma com a Política Nacional de Humanização (PNH), pois sugere a inserção de práticas com abordagens que se baseiam na integralidade e complementam as práticas já estabelecidas pela rede de saúde. A diretriz nº13 desta resolução cita o Reiki como uma dessas práticas (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

O Reiki é uma técnica que surgiu no Japão no início do século XX, sendo recentemente reconhecida pelo MS e pela OMS, através da PNPIC. Esta técnica é usada para a redução do estresse e relaxamento. É realizado por um profissional treinado através da imposição das mãos sobre o indivíduo. Baseia-se na ideia de que a energia flui através de nós e pode ser usada para estimular o processo de cura. Ela acontece através de um toque suave ou a imposição das mãos a uma curta distância do corpo da pessoa/receptor, e também há a possibilidade de ser realizado à distância (VANDERVAART, et al, 2009). Os primeiros relatos científicos sobre aplicação do Reiki como prática terapêutica de cuidado à saúde foram encontrados em 1994. Desde então, muitas literaturas, indicando resultados promissores no tratamento complementar de diversas patologias e situações clínicas, foram publicados por profissionais de várias formações dentro da área da saúde como biólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e médicos, o que evidencia um interesse multidisciplinar pelo assunto (BRASIL 2006).

O Reiki mostrou-se benéfico nas atividades terapêuticas realizadas para sintomas de estresse, melhorando inclusive a qualidade de vida. Evidenciou-se também que ainda são necessários mais estudos relacionados a esse tema para tornar possível a compreensão dos possíveis mecanismos psicofisiológicos e físicos que estão envolvidos com o Reiki (OLIVEIRA, 2013).

Nesse sentido, o presente projeto de pesquisa visa avaliar a efetividade do Reiki em desfechos clínicos e de saúde em uma população usuária de benzodiazepínicos em uma ESF num município da Região Norte do Rio Grande do Sul.

2.1.2 Tema

Efeitos do Reiki em usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde.

2.1.3 Problema

Quais são os efeitos do Reiki em desfechos clínicos e de saúde em usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde?

2.1.4 Justificativa

Os transtornos de ansiedade apresentam impacto significativo e uma alta frequência na análise situacional das condições de saúde da população, podendo ocasionar diversas disfunções, como a insônia, depressão, obesidade, isolamento social, o abuso de drogas, de psicofármacos, a automedicação entre outras. Indivíduos que relatam esta problemática para os profissionais da estratégia saúde da família (ESF) acabam tendo como tratamento apenas a medicalização, pois os profissionais de saúde não se sentem preparados para lidar com situações que envolvem os sofrimentos decorrentes dos dilemas da vida moderna. Diante da situação acima apresentada, as PICs vêm como uma alternativa para ampliar o leque de ofertas de integralidade do cuidado diminuindo assim o uso de benzodiazepínicos. Dentre essas práticas, o Reiki se destaca por ser uma das práticas mais utilizadas, porém no município de Marau raros são os espaços em que a prática é ofertada como recurso terapêutico na atenção primária à saúde.

Na tentativa de modificar este contexto, objetiva-se realizar uma intervenção voltada para a população que faz uso de benzodiazepínicos, apresentar-lhes uma nova modalidade de cuidado e conseqüentemente introduzir o Reiki nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, pois, essas práticas oportunizam mudanças nos processos de saúde, diversificam as ofertas de serviço promovendo reflexões que possibilitam aos trabalhadores da saúde repensar seus fazeres diários e suas práticas na instituição que estão inseridos proporcionando qualidade de vida e bem-estar aos usuários.

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.2.1 A inserção das Práticas Integrativas e Complementares no processo de trabalho da Atenção básica

A saúde é silenciosa, geralmente não a percebemos como um todo, na maior parte das vezes apenas a identificamos quando adoecemos. Escutar o próprio corpo é uma boa tática para garantir a saúde com qualidade, pois não existe um limite preciso entre a saúde e a doença, mas uma relação de mutualidade entre ambas; entre a normalidade e a patologia, na qual os mesmos fatores que permitem ao homem viver (alimento, água, ar, clima, habitação, trabalho, tecnologia, relações familiares e sociais) podem ser o causador de doenças. Essa relação é delimitada pelo modo de vida dos seres humanos, pelos determinantes biológicos, psicológicos e sociais. Essa confirmação sugere à reflexão de que o processo saúde-doença-adoecimento acontece de forma desigual entre os indivíduos, as classes e os povos, recebendo influência direta do local que os seres ocupam na sociedade (VIANNA, 2012).

Diante do contexto citado, destaca-se que o surgimento das práticas integrativas nos sistemas públicos de saúde que ocorreu no final dos anos 1970, com a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, conhecida como Alma Ata, na Rússia, em 1978. As primeiras definições para a implantação das medicinas tradicionais e práticas complementares foi capilarizada por todo o mundo. No Brasil esse movimento se potencializou a partir da Oitava Conferência Nacional de Saúde (1986), e desde então se apresenta em processo de expansão (QUEIROZ, 2000).

Apesar de ser um importante avanço, a Estratégia Saúde da Família (ESF), em seu processo de implantação e crescimento, vem encarando diversas dificuldades, muitas delas por se constituir em uma prática inovadora e anti-hegemônica. Esta nova prática é uma potência de avaliação e intervenção em saúde da família, mas para que esses potenciais se firmem, faz-se necessário o desenvolvimento de um contexto, no qual profissionais e famílias possam estabelecer vínculo, confiança, comunicação e transparência, além de coadjuvação para acolher as dificuldades da família (RIBEIRO; SILVA; BOUSSO, 2011).

A ESF busca reorganizar o Sistema Único de Saúde, e nela cada equipe é corresponsável pelo cuidado das famílias pertencentes ao território. No entanto muitas unidades ainda mantêm características curativas e individuais, apesar da procura por um cuidado integral à saúde na perspectiva da família e da comunidade (RIBEIRO, SILVA; BOUSSO, 2011).

O nó crítico atualmente dos serviços de saúde está justamente em conseguir combinar a produção de cuidado de modo eficaz e trazer os resultados esperados pelos trabalhadores e gestores. A partir dessa reflexão afirma-se que quanto maior a caixa de ferramentas (conjunto de saberes) maior será a possibilidade de compreender a problemática e enfrentar de maneira adequada, tanto para o usuário quanto para o processo de trabalho como um todo (MERHY; FEUERWEKER, 2009).

O sofrimento humano deve ser entendido como singular e complexo. Ele merece um olhar por diferentes ângulos (históricos sociais e no plano singular de cada situação). Não é suficiente construir saberes científicos para produzir abordagens completas e satisfatórias dos processos singulares e coletivos. Com isso, torna-se fundamental, reavaliar todos os processos de cuidados em saúde sob uma ótica integral, acolhedora, interdisciplinar (MERHY, 2004).

É nessa perspectiva que as práticas integrativas, com seu imenso arsenal de recursos, podem colaborar no cotidiano do cuidado, pois descende de um legado milenar de uso continuado e pouco alterados dos mesmos recursos tecnológicos, pautados por natureza interdisciplinar. A relevância dessa característica possibilita dizer que se trata de algo absolutamente sustentável e de grande valia para as práticas que se valorizam no trabalho de saúde pública (QUEIROZ, 2000).

No entanto, permite-se considerar que, apesar do esforço e da dedicação dos profissionais para compreender e lidar com as complexidades das comunidades atendidas, a política de formação, capacitação e educação permanente dos profissionais para a ESF continua sendo uma questão a ser melhorada (VIANNA, 2012).

Com a criação da Política Nacional da Atenção Básica em 2006, evidencia-se a necessidade da educação continuada com forte direcionamento para a formação de profissionais qualificados em ESF. Para alcançar esse objetivo é preciso, no entanto, o apoio das esferas públicas, especialmente da gestão municipal e estadual, a fim de permitir aos trabalhadores da área da saúde a ampliação e ressignificação do cuidado em rede (BACKES, et al, 2012).

E somente olhando novamente para o mundo do trabalho em saúde sob a ótica da micropolítica do trabalho vivo em ato, que se pode entender isso, e também por estar implicado com a construção dos encontros singulares nos atos de cuidar (MERHY, 2004).

2.2.2 O Reiki

Baseadas em dimensões materiais e espirituais, o Reiki é uma prática caracterizada pela imposição das mãos com o objetivo de reestabelecer o equilíbrio do corpo. Originado no Tibete há dezoito séculos e redescoberto no século XIX por um monge japonês chamado Mikao Usui. O Reiki refere-se a um dos métodos de cura mais antigos de que a humanidade tem conhecimento. Há 2.500 anos, a tradição do Reiki foi identificada em escritos de em sânscrito, a antiga língua da Índia (MOTTA; BARROS, 2014).

Quando Usui descobriu a arte da cura através da Energia Universal da Vida, inicialmente começou aplicando no seu próprio corpo, nos seus familiares e em outras pessoas que buscavam auxílio. Sabendo que suas mãos proporcionavam a cura, nomeou essa prática de Reiki, um

sistema natural de harmonização e reposição energética (LÜBECK, 1997).

O termo, formado de dois kanjis – REI, que se refere à estrutura cósmica, e KI à energia vital individual, encontrada em todos os organismos vivos – significa o encontro das duas energias. (LÜBECK, 1997) Esta técnica japonesa é usada para a redução do estresse e relaxamento, que também promove a cura. É realizado por um profissional treinado através da imposição das mãos sobre o indivíduo. Baseia-se na ideia de que a energia flui através de nós e pode ser usada para estimular o processo de cura. O uso do Reiki como terapia complementar está crescendo rapidamente, sendo usado em muitos hospitais nos Estados Unidos e Europa para ajudar a aliviar a dor e aumentar as taxas de recuperação (WOLFF, 2012).

Diversos legados foram deixados por Mikao Usui, entre eles o demonstrar gratidão pela vida e respeitar as leis naturais. Embora todos possuam a habilidade instintiva de impor as mãos, no método Reiki, o desbloqueio dos chacras ocorre com o ritual de iniciação, que se refere ao momento em que canais de energia são abertos possibilitando ao iniciado entrar em harmonia com a Energia Universal e assim, transformar-se em um agente de cura. Ao desbloquear os chacras, restabelece-se a capacidade presente em todo o ser que foi prejudicado ao longo de sua evolução humana (WOLFF, 2012).

Mesmo que a literatura leiga seja vasta sobre o assunto, com diversos livros publicados, sites especializados sobre o assunto e uma quantidade crescente de artigos científicos sobre a técnica, parece não existir um protocolo universal para o posicionamento das mãos do terapeuta Reiki sobre o receptor. Isso se deve a existência de várias escolas e métodos de ensino da técnica, além das interações individuais entre terapeuta e paciente (OLIVEIRA, 2013).

O método Usui de Reiki tradicional, diz que a técnica deve ser realizada através de um toque suave ou a imposição de mãos a uma curta distância do corpo do receptor, incluindo também tratamentos feitos à distância, sem necessidade de presença física do receptor (pessoa, planta, animal), seguindo um código de normas de conduta, de acordo com a tradição, passado de mestre para iniciado (PETTER, 2013).

Existem três níveis de conhecimento do Reiki. No Reiki nível I ocorre à abertura de supostos canais de energia e o iniciante vai conhecer as posições básicas do método no corpo físico, compreendendo a história, a posição das mãos e lhe sendo autorizado aplicar em si e nos outros. Tradicionalmente, o iniciado, irá receber um símbolo sagrado, e ao recebê-lo não deverá copiá-lo, mas guardá-los na mente. Já no Reiki nível II, orienta-se sobre o tratamento a nível emocional e mental bem como a oportunidade de aplicar o método à distância. O Reiki nível III, também chamado de nível Mestre, é possível realizar iniciações para novos praticantes e também tratar daquilo que os praticantes entendem por questões do espírito, trabalhos em

grupos (PETTER, 2013).

Com as mãos impostas no local da dor ou em cada um dos chakras, a energia deve fluir para o receptor ocasionando um reequilíbrio. O ideal é que para a aplicação do Reiki o paciente esteja em um ambiente agradável, deitado confortavelmente, com os membros descruzados. O Reikiano se posiciona atrás para dar início a sessão, também pode ser utilizado uma música suave e incensos. Ele deve passar as suas mãos sobre o paciente/receptor em determinadas posições, sem exercer pressão ou manipulação de algum tipo, pode-se pousar as mãos caso solicitado ou em caso de dores. As sessões podem durar entre 30 minutos e 1 hora e meia, dependendo das necessidades do receptor (EIDT, 2013).

Os agentes de cura dizem que ao aplicar o Reiki, não estarem utilizando uma energia própria, e sim uma energia oriunda do Universo, essa energia transmitida através das mãos. O uso frequente do Reiki relaxa e harmoniza, desintoxica e aumenta a frequência vibratória do corpo (CODDINGTON, 1978). Ao longo dos anos, as bibliografias demonstraram que usuários submetidos a intervenções pela técnica de imposição de mãos descreveram sensações de calor por todo o corpo e um estado de relaxamento, tanto físico quanto psicológico (BRATHOVDE, 2006).

2.2.3 O Reiki e seus Benefícios

No Brasil, nos últimos anos, outros tipos de técnicas que visem à promoção, prevenção e recuperação da saúde, além daquelas ofertadas pela medicina atual estão sendo buscadas. E para programar o modelo de atenção proposto pela Atenção Básica, é fundamental a integração dos profissionais e a interação entre as ações de saúde, porém autores evidenciam a dificuldade deste tipo de organização, uma vez que algumas equipes ainda estão centradas no modelo biomédico e apresentam dificuldade em comunicar-se e compartilhar os saberes (SILVA, et al, 2013). As Práticas Integrativas e Complementares chegam como uma diferente modalidade de recursos terapêuticos que investe em prevenção e promoção à saúde com o objetivo de evitar que as pessoas fiquem doentes. Além disso, quando necessário, as PICS também podem ser usadas para aliviar sintomas e tratar pessoas que já estão com algum tipo de enfermidade (GAVIN, et al, 2010).

Entre estas modalidades da medicina alternativa está Reiki como forma de tratamento. O Reiki é considerado uma terapia natural, fácil de ser aplicada e trata o ser humano de forma integral tratando as patologias crônicas e agudas. Qualquer pessoa pode receber o Reiki, incluindo as que se apresentem em equilíbrio, pois continuará tonificando seu campo

energético. Além de favorecer a cura, o Reiki também pode ser aplicado para reduzir o estresse, e promover o relaxamento, pois a energia flui naturalmente, sendo usada no processo melhora do adoecimento (FREITAG; ANDRADE; BADKE, 2015).

A literatura cita estudos com aplicação de Reiki em diversas situações, dentre elas, estresse/relaxamento, cura de feridas pela melhora do sistema imune, redução da dor, diminuição da ansiedade, insônia e de efeitos colaterais de tratamentos agressivos, entre outros. A primeira publicação referente técnicas de imposição de mãos na ansiedade e no estresse é do ano de 1999, o que revela um campo relativamente novo de pesquisa (VANNUCCI; SALLES, MINAMI, 2011).

Ansiedade citada acima e outros transtornos mentais são em sua maioria consideradas doenças crônicas que representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas, pois ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas e geram grande impacto na economia dos países (CHIAVERNI, 2011).

Organização Mundial da Saúde (OMS) traz a depressão e a ansiedade como as doenças psiquiátricas que mais atingem a população global. Ainda, a OMS publicou uma pesquisa atestando que o Brasil lidera mundialmente o ranking no critério de prevalência de transtornos de ansiedade e ocupa o quinto lugar em taxas de depressão. Há um aumento na frequência destes transtornos em todo o mundo e os fatores contribuintes para o quadro atual são o crescimento populacional e aumento da longevidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Nas décadas de 70 e 80 surgiram os benzodiazepínicos ansiolíticos, estes medicamentos foram considerados um importante avanço na luta contra problemas que afetavam a sociedade como a ansiedade, insônia, agressividade e convulsões entre outras patologias. Os benzodiazepínicos ansiolíticos logo se popularizaram entre os médicos e a população em geral, pois proporcionavam ações com menos efeitos depressoras do sistema nervoso central, logo por ter uma diminuição dos efeitos, estes fármacos conferiam uma impressão de maior segurança e menos receio para prescrevê-los (OMS, 2002).

Estima-se que os benzodiazepínicos lideraram, sendo os fármacos mais indicados nos países ocidentais (KAPCZINSKI, et al, 2001) todavia, com o passar dos anos, o uso dos benzodiazepínicos pôde ser visto como um problema, pois está sendo consumido de forma indiscriminada. O uso do ansiolítico benzodiazepínico somente é seguro e útil quando bem indicado (OMS, 2002).

No Brasil o uso do benzodiazepínico é controlado através da Portaria SVS/MS 344, de 12 de maio de 1998. No entanto estas medicações permanecem sendo comercializadas ilegalmente, além de serem consumidas de forma incorreta e com receitas apresentando diversas

irregularidades (BRASIL, 1998).

Em Marau, segundo dados do GMUS entre os meses de julho de 2018 a julho de 2019, pessoas retiraram Clonazepam no município, gerando um total de 4.692 frascos dispensados pela farmácia básica. Ainda neste mesmo período, 1.840 pessoas tiveram acesso ao Diazepam, contabilizando 104.527 comprimidos entregues para a população. Este dado reflete de maneira modesta a saúde mental da comunidade, pois em torno de 11% da população faz uso dos benzodiazepínicos custeados com verbas públicas no município. (GMUS- Gestão Municipal de Saúde, 2019).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) diz que o Diazepam está indicado para o alívio dos sintomas da ansiedade, tensão entre outras queixas que estão relacionadas à síndrome da ansiedade. Ainda a mesma agência informa que além de diversas indicações do Clonazepam, ela também é utilizada como ansiolítico em geral no tratamento da ansiedade. Ambos pertencem à classe dos benzodiazepínicos (ANVISA, 2010).

Na contemporaneidade, destaca-se a intolerância ao sofrimento, onde a vida perfeita está em voga e por vezes é alcançada através do uso dessas medicações (OMS, 2002).

Diante deste quadro, os profissionais da rede saúde são convocados a modificar os processos de trabalho e a transformar modos de fazer visando o atendimento integral e humanizado (SILVA, et al, 2013).

O Reiki na Atenção Básica vem para complementar um novo modelo assistencial, pois é considerada uma terapia holística fundamentada no conceito de energia vital. No começo do século 20, Mikao Usui idealizou o Reiki, que visa despertar os canais de energia das pessoas por meio da imposição das mãos do praticante em várias posições sobre ou levemente acima do corpo da pessoa. O Reiki é uma técnica de biocampo utilizada para reparar os desequilíbrios de energia vital do indivíduo, não necessita de acomodações especiais e não é invasiva. É também uma intervenção de baixo risco, cresce em popularidade e utilização em muitas instituições de saúde pelo mundo (QUEST; ROBERTS, 2011).

O Reiki cuida das doenças físicas, psíquicas e mentais, não havendo contraindicações ou até mesmo efeitos adversos para essa terapia, podendo ser utilizada em qualquer patologia e pessoas como crianças, adultos, idosos. A técnica pode ser utilizada in loco ou a distancia e também associadas a terapias tradicionais como radioterapia e quimioterapia (FREITAG; ANDRADE; BADKE, 2015).

Pode-se dizer que o terapeuta Reiki é uma fonte que conduz a energia vital. No final da sessão a terapia oferece um relaxamento emocional, reduzindo dores e o estresse, e fortalecendo a melhora da depressão e ansiedade (SALOMÉ, 2009).

Para May (1980) ansiedade é um sentimento que remete ao perigo, recomendando as pessoas que algo deverá ser temido. Relaciona-se a uma inquietação que pode transforma-se em sinais ou sintomas de ordem fisiológica e de ordem cognitiva. Por exemplo: agitação, hiperatividade e movimentos precipitados, atenção e vigilância redobrada e determinados aspectos do meio, pensamentos e possíveis desgraças. Essas ocorrências podem ser breves ou podem estabilizar ou serem permanente no modo de reagir e sua intensidade pode variar de níveis insignificantes até níveis muito elevados e ainda, pode acompanhar muitas das condições que causam dor.

Diversas pesquisas estão sendo realizadas para avaliar os efeitos do Reiki nas mais variadas populações e quadros clínicos, sendo que na maioria deles pode-se evidenciar importante efeito na redução dos distúrbios ansiosos (FREITAG; ANDRADE; BADKE, 2015).

Uma revisão bibliográfica considerou que o Reiki atua como uma terapia integrativa ao tratamento de pacientes com câncer de pulmão auxiliando na melhora dos efeitos secundários causados pela quimioterapia, proporcionando bem-estar, reequilíbrio do corpo, diminuindo estresses emocionais causados pelas consequências da patologia (GRANJEIRO, 2013).

Ainda, em outro estudo, foram pesquisados os sentimentos vivenciados por profissionais de enfermagem que trabalhavam em uma Unidade de Terapia Intensiva após a aplicação de Reiki, onde se identificou relatos como melhoria dos quadros de ansiedade, do estresse e o retomada do estímulo para exercer a profissão (SALOMÉ, 2009).

Um estudo avaliou os marcadores biológicos relacionados ao estresse após a aplicação Reiki em indivíduos saudáveis. Os dados foram coletados antes e logo após as sessões. Os indicadores foram a mensuração dos níveis de Imunoglobulina A (IgA) e cortisol, pressão sanguínea, tensão muscular, temperatura e condutância da pele, além da avaliação do estado de ansiedade através da aplicação de testes psicológicos. Os resultados finais do antes e depois e demonstraram uma elevação dos níveis de IgA, diminuição na pressão sanguínea sistólica e redução significativa da ansiedade (WARDELL; ENGBRETSON, 2001).

Em uma universidade 40 estudantes também foram alvo de um estudo duplo-cego e randomizado onde foi examinado o impacto do Reiki sobre a ansiedade/depressão. Os estudantes submeteram-se a seis sessões de 30 minutos por um período de duas a oito semanas.

Aqueles com alto grau de ansiedade e ou depressão que receberam Reiki apresentaram um progresso significativo na melhora do estado de espírito geral, enquanto nenhuma alteração foi observada nos controles o que sugerem que o Reiki pode beneficiar humor (BOWDEN; GODDARD; GRUZELIER, 2010).

O Reiki foi utilizado em um estudo cujo objetivo era de diminuir a dor e a ansiedade de

peças com AIDS. Foram motivados pelo desejo de que o Reiki proporcionasse redução do estresse e que contribuísse na melhoria das defesas imunológicas. Utilizou-se uma escala para avaliar o grau de ansiedade e outra para escala para mensurar a dor dos pacientes antes e depois de uma breve (20 minutos) aplicação de Reiki. Com o estudo pode-se demonstrar que tanto a ansiedade como a dor diminuíram em mais de 35% (MILES, 2003).

Pesquisas utilizando ensaio clínico randomizado foram realizadas para observar os efeitos do Reiki em pacientes com ansiedade e dor. Estas foram compiladas em uma revisão bibliográfica que incluiu sete estudos com pacientes com câncer, pacientes pós-cirúrgicos e idosos da comunidade. Embora tais pesquisas sejam limitadas, diversas evidências demonstraram que a terapia do Reiki pode ser eficaz. Também na mesma pesquisa sugeriu-se que há necessidade de continuar os estudos na área incluindo amostras maiores com grupos randomizados e protocolos padronizados (THRANE; COHEN, 2014).

Em outro estudo controlado randomizado piloto verificou os efeitos da terapia ao relaxamento e do Reiki em homens tratados com radioterapia por feixe externo (EBRx) para câncer de próstata. A terapia de resposta ao relaxamento melhorou o bem-estar emocional e aliviou a ansiedade nos participantes. E a terapia de Reiki também teve um efeito positivo em pacientes ansiosos (BEARD, et al, 2010).

Em outro ensaio clínico randomizado, transversal, descritivo e duplo cego foi realizado em uma instituição de saúde, na cidade de São Paulo, região sudeste do Brasil. Neste estudo foram incluídos na pesquisa 170 portadores de hipertensão arterial. O grupo experimental recebeu uma sessão de Reiki (20 minutos). No resultado da pesquisa ficou constatado que no grupo experimental a diminuição da pressão arterial foi maior (SALLES, et al, 2014).

No olhar mais ampliado, pode-se observar no período de busca por produção científica, que a aplicação de Reiki provoca uma resposta positiva em diversas situações relacionadas ao cuidado, seja de maneira isolada ou associada ao tratamento medicamentoso.

2.3 HIPÓTESES

- Os usuários que participarem das sessões de Reiki irão apresentar uma diminuição no grau de ansiedade, na frequência e dosagens do uso de benzodiazepínicos comparado àqueles usuários que seguirem com o tratamento tradicional.
- Os usuários que participarem das sessões de Reiki irão apresentar melhor percepção de qualidade de vida, do sono, de saúde e de bem-estar comparado àqueles usuários que seguirem com o tratamento tradicional.

- Ase sensações físicas e emocionais relatadas no momento da aplicação do Reiki pelos usuários que receberem a intervenção serão relaxamento, sonolência, ondas de calor e frio, leveza, tremores e arrepios.

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 Objetivo Geral

Avaliar a efetividade do Reiki em desfechos clínicos e de saúde em usuários que fazem uso de benzodiazepínicos fornecidos pela farmácia básica em um Estratégia Saúde da Família no município de Marau-RS.

2.4.2 Objetivos Específicos

1. Analisar desfechos clínicos como o grau de ansiedade, dosagens e benzodiazepínicos em uso antes e após 6 sessões de Reiki ao comparar o grupo intervenção ao grupo controle.
2. Investigar a percepção da qualidade de vida, qualidade do sono, de saúde e de bem-estar antes e após as 6 sessões de Reiki.
3. Averiguar as sensações físicas e emocionais produzidas durante a aplicação do Reiki no grupo intervenção.

2.5 METODOLOGIA

2.5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um ensaio clínico randomizado (ECR). O estudo seguirá as recomendações do CONSORT para relato e descrição das etapas metodológicas do ensaio clínico randomizado (SCHULZ; ALTMAN; MOHER, 2010).

2.5.2 Local e período de realização

O estudo será realizado no território de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) São José Operário, no município de Marau-RS, no período de novembro 2019 a abril 2020.

2.6 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

Em relação ao município onde se insere o projeto de pesquisa, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), censo de 2010 mostra uma estimativa de 36.364 habitantes. A população-alvo do estudo será usuários cadastrados no Sistema de Informação da Secretaria de Saúde do Município (G-MUS) pertencente ao território de abrangência da ESF São José Operário. Esta ESF possui uma população adstrita de aproximadamente 4.000 habitantes. A amostra será definida por conveniência, não probabilística, com base no número de pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos (Clonazepam e Diazepam) e são acompanhados na ESF São José Operário. Estima-se um “n” de 78 usuários de benzodiazepínicos no território. A alocação aleatória nos grupos será 2:1 estimando um n=26 participantes no grupo intervenção e n=52 no grupo controle. Para a definição da amostra e dos sujeitos elegíveis para o estudo serão aplicados alguns critérios:

Critérios de inclusão: maiores de 18 anos de idade, ambos os sexos, cadastrados no território de abrangência da ESF São José Operário que utilizem medicação Clonazepam e Diazepam há pelo menos 30 dias.

Critérios de exclusão: menores de 18 anos de idade, usuários que apresentem deficiência cognitiva ou outra deficiência que impossibilite a participação e usuários que estejam utilizando Diazepam ou Clonazepam há menos de 30 dias.

2.7 LOGÍSTICA E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

Todos os usuários elegíveis para o estudo serão convidados a participar do ECR. A primeira etapa do estudo consiste na realização da visita domiciliar, onde a Equipe de Pesquisa explicará todo o projeto e realizará o convite para participar da pesquisa. Após o aceite, o termo de consentimento livre e esclarecido deverá ser assinado. Neste mesmo momento será aplicado o questionário da linha de base do estudo (ANEXO A). O instrumento contém questões de características sociodemográficas, clínicas, de saúde, de avaliação da ansiedade e qualidade de vida.

O desfecho primário do estudo será a avaliação da ansiedade o qual será mensurada por meio de uma escala de percepção de avaliação de Hamilton (1959). Esta escala foi desenvolvida por Hamilton em 1959, e foi validada no Brasil em 1998 por Moreno e Moreno (1998). É composta por 14 grupos de sintomas, subdivididos em dois grupos, sete relacionados a sintomas de humor ansioso e sete relacionados a sintomas físicos de ansiedade. Para elaboração da análise dos resultados deste estudo, denomina-se de ansiedade psíquica o grupo de sintomas de humor

ansioso e ansiedade somática, o grupo de sintomas físicos respectivamente. Cada item é avaliado segundo uma escala que varia de 0 a 4 de intensidade (0= ausente; 2= leve; 3 = média; 4 = máxima). A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56. A pontuação ≥ 18 = ansiedade leve; ≥ 25 = ansiedade moderada; e ≥ 30 = ansiedade grave (MORENO R.; MORENO D., 1998). Além da aplicação da escala será observado a dosagem e benzodiazepínicos em uso antes e após as 6 sessões de Reiki.

Como desfechos secundários tem-se a avaliação da percepção da qualidade do sono, de saúde e bem-estar o qual serão avaliadas por uma pergunta com opções de resposta em escala Likert (ANEXO A). Para a avaliação da qualidade de vida será utilizado o instrumento SF-36 (WARE; SNOW; KOSINSKI, 1993). O Short Form-36 (SF-36) é um instrumento de medida de qualidade de vida criado no final dos anos 80 nos Estados Unidos. Este instrumento foi traduzido e validado no Brasil para avaliar a qualidade de vida em pacientes com artrite reumatoide e mostrou-se adequado às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira. O SF-36 é composto por 11 questões e 36 itens que englobam oito componentes (domínios ou dimensões), representados por capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde e há um ano. O indivíduo recebe um escore em cada domínio, que varia de 0 a 100, sendo 0 o pior escore e 100 o melhor (CICONELLI, et al, 1999)

Tendo posse de todos os instrumentos aplicados na linha de base do estudo, os usuários serão randomicamente alocados para o grupo intervenção (sessões de Reiki) e para o grupo controle. Será utilizada a técnica de randomização 2:1 em blocos de nove usuários. A cada grupo de nove será realizado o sorteio (por meio de envelopes selados) para alocação aleatória nos grupos intervenção e controle, de forma que sejam sempre três usuários para o grupo intervenção e seis para o grupo controle. Os usuários alocados no grupo controle serão orientados a seguirem suas atividades normalmente.

Após a randomização, será iniciada a intervenção. As sessões de Reiki serão realizadas em uma sala da ESF São José Operário ou no domicílio do usuário, caso exista alguma impossibilidade de comparecer na ESF. A intervenção consistirá em seis sessões de Reiki com a frequência de uma sessão por semana. Cada sessão terá duração de 30 minutos. Alguns chakras serão priorizados como: coronário, frontal, cardíaco e básico, podendo ser aplicado nos demais. Durante a aplicação será utilizada música com toque de um sino a cada 3 min, momento que orientará a mudança de chakra. As sessões serão aplicadas pelas terapeutas Reiki

Vanderleia Laodete Pulga e Andressa Maciel.

Uma vez que o objetivo do estudo é avaliar a efetividade da intervenção, algumas estratégias serão utilizadas para garantir o seguimento e adesão à intervenção. As estratégias adotadas serão contato telefônico prévio para ressaltar a importância da participação no estudo e disponibilidade e flexibilidade de agendamento em diversos horários e dias da semana. Os usuários que não comparecerem a uma das sessões serão contatados para esclarecer o motivo da ausência e um novo horário será ofertado. Serão considerados aderentes a intervenção aqueles usuários que participarem de pelo menos quatro sessões de Reiki. Pela natureza do estudo, destaca-se que se trata de um ECR duplo-cego, onde o pesquisador responsável pela coleta de dados e o pesquisador responsável pela análise dos dados não terão conhecimento de qual grupo estão alocados os participantes do estudo.

A devolutiva para os participantes da pesquisa será realizada durante uma reunião do Conselho Local de Saúde. Este acontece na primeira quarta-feira do mês às 17h30min, na sala de reuniões da ESF. Já para a equipe de profissionais, os resultados serão apresentados durante uma reunião de equipe que acontece semanalmente na ESF.

Após o término da pesquisa, os dados coletados serão armazenados por cinco (5) anos num espaço destinado a tal fim na sala da Comissão de Residência Multiprofissional, localizada no bloco A, 210, 2º andar da Universidade Federal da Fronteira Sul campus Passo Fundo. Os mesmos serão destruídos assim que encerrar o prazo estipulado.

A devolutiva para os participantes da pesquisa será realizada durante uma reunião do Conselho Local de Saúde que acontece na primeira quarta-feira do mês às 17h30min, na sala de reuniões da ESF. Para as instituições envolvidas os resultados serão apresentados durante uma reunião de equipe que ocorre semanalmente na ESF.

2.8 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta, os dados serão transcritos em um formulário específico, para posterior digitação em banco de dados e análise estatística, sendo que o nome dos usuários será codificado numericamente para garantir o sigilo dos dados de identificação.

A análise de dados será realizada no software PSSP de distribuição livre. Será realizada análise descritiva por meio de distribuições de frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central e de variabilidade para as características estudadas em relação às variáveis coletadas na linha de base do estudo. As análises estatísticas posteriores serão feitas de duas formas: (a) análise por intenção de tratar; (b) análise considerando apenas aqueles usuários que

tiverem uma adesão mínima a intervenção. Testes de Qui-quadrados e testes “t” e ANOVA serão utilizados nessa comparação. Será considerado um nível de significância estatística de 5%.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo está em observância à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, para pesquisa envolvendo seres humanos, e atenderá aos seguintes aspectos éticos:

a) *Ciência e concordância da instituição envolvida*: este projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Gestão Municipal de Marau, RS, através da Secretaria de Saúde, obtendo-se assim o termo de Ciência e Concordância (APÊNDICE A).

b) *Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS)*: a pesquisa somente será realizada mediante apreciação e aprovação do CEP/UFFS.

c) *Dos participantes*:

O usuário será convidado a participar, e caso aceitar, será solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual deverá ser assinado pelo mesmo e pelo pesquisador responsável. A entrevista somente terá início após a assinatura deste termo (APÊNDICE B).

Riscos: existe o risco mínimo de identificação dos usuários. Visando minimizar este risco, os nomes serão substituídos por números na ficha de transcrição de dados. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. Destaca-se que por se tratar de um estudo randomizado alguns participantes não farão parte do grupo intervenção no momento do estudo, e este fato poderá causar insatisfação no usuário, para minimizar este risco e atender as questões éticas, a pesquisadora destaca que serão ofertadas sessões de Reiki para os participantes do grupo controle que assim desejarem logo após o término do estudo. Existe também o risco de desconforto emocional ou medo durante a aplicação do Reiki. Com o objetivo de minimizar este risco, será explicado com clareza e vocabulário simples o que é o Reiki e também será reforçado junto ao participante que a pesquisa não é obrigatória e que ele poderá desistir de participar a qualquer momento. A equipe de pesquisa aplicará a técnica e os questionários de forma reservada, visando garantir a privacidade ao participante. Caso o risco se concretize, a equipe estará à disposição para uma escuta qualificada, buscando avaliar os eventos ocorridos, e se necessário realizar encaminhamento para atendimento especializado.

Benefícios: Como benefício direto destaca-se a melhora nas questões relacionadas à ansiedade e conseqüentemente na qualidade de vida e em outras dimensões de saúde do indivíduo proporcionadas pelo Reiki. Além disso, a população poderá ser beneficiada com os resultados à medida que os dados evidenciados nesse estudo podem subsidiar futuras intervenções e a inclusão das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde oportunizando diferentes formas de cuidado. Para isso, a equipe de pesquisa fornecerá uma devolutiva às instituições envolvidas, documentando os resultados obtidos na pesquisa.

2.10 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que com a realização da aplicação do Reiki os indivíduos que compõem o grupo intervenção tenham uma diminuição nos níveis de ansiedade, uma percepção de melhora na qualidade de vida, de saúde e do sono e maior disposição para as atividades diárias e relações sociais. Ainda, espera-se que esse projeto de pesquisa seja um dispositivo para a inserção de novas formas de cuidado terapêutico com a inclusão de práticas alternativas e complementares na rede de atenção primária à saúde.

2.11 RECURSOS

Quadro 1 - Recursos Financeiros

MATERIAIS	VALOR EM REAIS (R\$)
Folhas A4	R\$ 100,00
Pen Drive	R\$ 50,00
Impressão	R\$ 100,00
Encadernação	R\$ 20,00
Caneta	R\$ 10,00
Marca texto	R\$ 10,00
Materiais para o Reiki (incenso, cristais, essência, etc)	R\$ 100,00
TOTAL	R\$ 390,00

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Os recursos serão custeados pela equipe de pesquisa.

2.12 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – ANO 2019/2020

Quadro 2- Cronograma

Duração: janeiro a março/2020

ATIVIDADES	Jul 19	Ago 19	Set 19	Out 19	Nov 19	dez 19	Jan 20	Fev 20	Ma r 20	Ab r 20
Revisão Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Coleta dos dados							X	X	X	
Análise dos dados							X	X	X	
Envio de relatório parcial ao CEP								X		
Elaboração de resumos, relatórios e artigos									X	X
Escrita do artigo científico e do volume final de trabalho de conclusão de residência										X
Envio de relatório final ao CEP										X

Fonte: elaborado pela autora, 2019.

REFERÊNCIAS

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Farmacopeia Brasileira**. V. 1. 5ª ed. Brasília: Fiocruz, 2010b.

BACKES, Dirce Stein et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1151-1157, 2012.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. **História das Políticas de Saúde no Brasil**: a trajetória do direito à saúde Fiocruz e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rios de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BEARD, Clair, et al. Effects of complementary therapies on clinical outcomes in patients being treated with radiation therapy for prostate cancer. **America Cancer Society**. V.1, n.117, p. 96-102, 2010.

BOWDEN, Deborah; GODDARD, Lorna; GRUZELIER, John. A randomised controlled single-blind trial of the effects of Reiki and positive imagery on well-being and salivary cortisol. **Brain Research Bulletin**. V. 81, n. 1, p. 66-72, janeiro, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.brainresbull.2009.10.002>>. Acesso em 09 de agosto de 2019.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 09 de agosto de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 3 mai. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em: 20 de julho de 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitário da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Práticas Integrativas e Complementares**. [2017d]. Disponível em: <<http://saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>>. Acesso em: 25 de julho de 2019.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Introdução às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde 167 Integrativas e Complementares: medicina tradicional chinesa. 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_praticas_integrativas_complementares.pdf>. Acesso em: 21 de julho de 2019.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Contagem Populacional. [?] Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/marau/panorama>>. Acesso em: 15 de agosto de 2019.

_____. Secretaria de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 fev. 1998. (Versão republicada). Disponível em: <<http://www.e-legis.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 17 de junho de 2019.

BRATHOVDE, Angela. A pilot study: Reiki for self-care of nurses and healthcare providers. **Holistic nursing practice**. March-April. V. 20, p. 95-101, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. **Globalização, pobreza e saúde**. Conferência Leavell apresentada ao VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e XI Congresso Mundial de Saúde Pública, Rio de Janeiro, agosto de 2006. Disponível em: <www.fiocruz.br>. Acesso em: 09 de setembro de 2019.

CHIAVERINI, Dulce Helena. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CICONELLI, Rozana Mesquita et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**. V. 39, p. 143-50, 1999.

CODDINGYON, Mary. **A Energia curativa**. São Paulo: Record, 1978.

EIDT, Alyne Cavallari. **O meio copo cheio - uma visão positiva que enlaça o Reiki e a psicologia corporal no cuidado da pessoa com câncer**. IN: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XVIII, XIII. Curitiba, 2013. Disponível em:

<http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais_2013/EIDT,%20Alyne%20Cavallari.%20O%20meio%20copo.pdf>. Acesso em: 19 de setembro de 2019.

FREITAG, Vera Lucia; ANDRADE, Andressa de.; BADKE, Márcio Rossato. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. **Revista electronica trimestral de Enfermaria**, n. 38, p. 346-356, 2015. Disponível em:

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/pt_revision5.pdf>. Acesso em: 22 de setembro de 2019.

GAVIN, Rossdale. O. S. et al. Terapias Alternativas Complementares: uma visão do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Ciências Cuidado em Saúde**, V. 4, n. 9, p. 760-765, 2010.

GRANJEIRO, Lindomar. **Reiki cada vez mais usado em doentes com cancro para reduzir efeitos da quimioterapia**. 2013. Disponível em: <<http://lifestyle.sapo.pt/saude/noticias-saude/artigos/reiki-cada-vez-mais-12-usado-em-doentes-com-cancro-para-reduzir-efeitos-da-quimioterapia-2?r=saude.sapo.pt>>. Acesso em: 29 de agosto de 2019.

HABIMORAD, Pedro Henrique Leonetti. **Práticas integrativas e complementares no SUS: revisão integrativa**. 2015, 90 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Botucatu, 2015.

HAMILTON, Max. The assessment of anxiety states by rating. **The British Journal of Medical Psychology**. V.31, n.1, p. 50-5, 1959.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.

KAPCZINSKI, Flávio et al. Use and misuse of benzodiazepines in brazil: a review. **Journal Substance Use & Misuse**. V 36, n.8, p. 053-1069, 2001.

LÜBECK, Walter. **Manual de reiki: um guia completo para a prática do reiki**. São Paulo: Ground, 1997.

MARTINS, Jaqueline; SOUSA, Letícia; OLIVEIRA, Anamaria Siriani. Recomendações do enunciado CONSORT para o relato de estudos clínicos controlados e randomizados.

Medicina Ribeirão Preto Online. 2009, v.42, n. 1. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/200>>. Acesso em: 22 de Setembro de 2019.

MAY, Rollo. **O significado da ansiedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?** Brasília: Ministério da Saúde, p. 108-137, 2004.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio. (Org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. Bahia: Editora da UFS, p. 29- 56, 2009.

MILES, P. Preliminary report on the use of Reiki HIV- related pain and anxiety. **Alternative therapies in health and medicine**. V. 9, n. 2, abril, 2003.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, Doris Hupfeld. Escalas de depressão de Montgomery e Asberg (MADRS) e de Hamilton. **Revista Brasileira Psiquiatria Clínica**. V. 25, n. 5, p. 262-272, 1998.

MOTTA, Pedro Mourão Roxo da; BARROS, Nelson Filice de. A aplicação de técnicas de imposição de mãos na dor: Reiki, toque terapêutico e toque de cura. **Caderno de Terapia Ocupacional**. V. 51, p. 49-58, 2014.
Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/0104-4931.ctoAR0534>>. Acesso em: 16 de agosto de 2019.

OLIVEIRA Ricardo Monezi Julião de. **Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse: estudo placebo e randomizado**. 2013 [Tese de Doutorado]. Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS; 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. China: Hong Kong SAR, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/topics/traditional_medicine/WHO-strategy/es/>. Acesso em: 08 de agosto de 2019.

PETTER, Frank Arjava. **Isto é Reiki: das origens tradicionais ao uso prático**. Cura para o corpo, mente e espírito. São Paulo: Pensamento, 2013.

QUEIROZ, Marcos S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 16, p. 363-375, 2000.

QUEST, Penelope; ROBERTS Kathy. **The Reiki Manual: a training guide for Reiki students, practitioners, and masters**. London: Hachette Digital, 2011.

RIBEIRO, Maria Cristina Lobato dos Santos Silva, SILVA, Lúcia; BOUSSO, Regina Szyllit. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1250-1255, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Resolução Nº 695/13 – CIB / RS**. Proposta de Política Estadual de Práticas integrativas e Complementares (PEPIC/RS). 2013. Disponível em: <www.saude.rs.gov.br/upload/1388163773_cibr695_13.pdf>. Acesso em: 23 de julho de 2019.

SALLES, Léia Fortes, et al. Efeito do reiki na hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 27, n. 5, p. 479-484, 2014.

SALOMÉ, Geraldo Magela. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em Unidade Terapia Intensivas, após aplicação do Reiki. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Março, v. 62, p. 54-58, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01032.pdf>. Acesso em: 19 de agosto de 2019.

SCHULZ, Kenneth, ALTMAN, Douglas, MOHER David. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. **BMJ**. V. 23, p. 340-332, 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARAU. **Cadastros**. 2019. Disponível em: <<http://smsmarau.g-mus.com.br/cadastro/relcadusuario>>. Acesso em: 22 de setembro de 2019.

SILVA, Esther Pereira da, et al. Projeto Terapêutico Singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 17, n. 2, p. 197-202, 2013.

THRANE, Susan, COHEN, Susan. Effect of Reiki Therapy on Pain and Anxiety in Adults: An In- Depth Literature Review of Randomized Trials with Effect Size Calculation. **Pain management nursing: official journal of the American society of Pain Management nurses**. V.15. n. 4, p. 897- 908, 2014.

VANDERVAART, Sondra. et al. A systematic review of the therapeutic effects of reiki. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**. Toronto, v. 15, n. 11, p. 1157- 1169, 2009.

VANNUCCI, Luciana; SALLES, Léia Fortes; MINAMI, Akemi. **Reiki e Enfermagem**. São Paulo: Yendis; 2011.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Processo Saúde-Doença. *In: Acervo de Recursos Educacionais em Saúde do sistema UNA-SUS*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2012.

WARDELL, Diane Wind; ENGBRETSON, Joan. Biological correlates of Reiki Touch (sm) healing. **Journal of Advanced Nursing**. USA, v. 33, n. 4, p. 439-445, 18 fev. 2001.

WARE, John, SNOW, Kristin, KOSINSKI, Mark. **SF-36 Health Survey – Manual and interpretation guide**. Boston: Health Institute. New Eng Med Center, 1993.

WOLFF, Flávio Roberto. **REIKI quatro níveis em curso à distância, não tradicional, essencial**. 2012. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/reiki.pdf>>. Acesso em: 05 de agosto de 2019.

APÊNDICE A - TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA



Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Douglas Kurtz** o representante legal da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Marau - RS, envolvida no projeto de pesquisa intitulado **“EFEITOS DO REIKI EM DESFECHOS CLÍNICOS E DE SAÚDE EM USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO”** declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes. Ademais essa autorização permite o acesso aos dados do sistema de informação G-MUS, conforme consta no projeto original.

Douglas Kurtz

Secretário Municipal de Saúde de Marau

Pesquisador responsável

Marau, ____ de _____ de 2019.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr(a) estamos conduzindo um estudo denominado “**Efeitos Do Reiki Em Desfechos Clínicos e de Saúde em usuários de Benzodiazepínicos Na Atenção Primária: Um Ensaio Clínico Randomizado**”, desenvolvido pela residente Andressa Maciel do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus de Passo Fundo, sob orientação da Professora Dra. Shana Ginar da Silva e pela coorientação da Enfermeira Eliana Brentano.

O instrumento de pesquisa foi construído de forma a não identificar os participantes da pesquisa, assim como utilizar todos os cuidados de forma a minimizar aos respondentes os possíveis riscos, sejam físicos, psicológicos ou de exposição social. Embora todo o cuidado adotado entende-se que mesmo mínimos, haja a possibilidades de riscos.

Nos procedimentos tomar-se-á cuidado para que o senhor(a) não seja identificado, nem diretamente e nem indiretamente. Para tanto, construiu-se em um instrumento (questionário) que ratifica esse cuidado. Existe o risco mínimo de identificação dos usuários. Visando minimizar este risco, os nomes serão substituídos por números na ficha de transcrição de dados. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. Destaca-se que por se tratar de um estudo randomizado alguns participantes não farão parte do grupo intervenção no momento do estudo, e este fato poderá causar insatisfação no usuário, para minimizar este risco e atender as questões éticas, a pesquisadora destaca que será ofertado sessões de Reiki para os participantes do grupo controle que assim desejarem logo após o término do estudo. Existe também o risco de desconforto emocional ou medo durante a aplicação do Reiki. Com o objetivo de minimizar este risco, será explicado com clareza e vocabulário simples o que é o Reiki e também será reforçado junto ao participante que a pesquisa não é obrigatória e que ele poderá desistir de participar a qualquer momento. A equipe de pesquisa aplicará a técnica e os questionários de forma reservada, visando garantir a privacidade ao participante. Caso o risco se concretize, a equipe estará à disposição para uma escuta qualificada, buscando avaliar os eventos ocorridos, e se necessário realizar encaminhamento para atendimento especializado.

Reforçamos que a pesquisa não é obrigatória e que você poderá desistir de participar a qualquer momento. Todos os participantes serão submetidos a um questionário e o grupo controle as sessões de Reiki. Estas serão realizadas em uma sala da ESF São José Operário ou no domicílio do usuário, caso exista alguma impossibilidade de comparecer na ESF, importante que o participante se sinta confortável garantindo a sua privacidade. A intervenção consistirá em seis sessões de Reiki com a frequência de uma sessão por semana. Cada sessão terá duração

de 30 minutos.

Como benefício direto destaca-se a melhora nas questões relacionadas à ansiedade e conseqüentemente na qualidade de vida e em outras dimensões de saúde do indivíduo proporcionadas pelo Reiki. Além disso, os participantes poderão ser beneficiados com os resultados à medida que os dados evidenciados nesse estudo poderão subsidiar futuras intervenções e a inclusão das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde oportunizando diferentes formas de cuidado. Para isso, a equipe de pesquisa fornecerá uma devolutiva às instituições envolvidas, documentando os resultados obtidos na pesquisa.

Depois de informado e esclarecida todas as dúvidas, e da obtenção do aceite será solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Embora todos os cuidados adotados para a minimização do risco, caso esse venha a ocorrer a equipe de pesquisa assume a responsabilidade de acompanhamento e da assistência ao senhor (a), inclusive com encaminhamento a serviço especializado.

Após o término da pesquisa, os dados coletados serão armazenados durante cinco (5) anos em um espaço destinado a tal fim, na sala da Comissão de Residência Multiprofissional, localizada no bloco A, 210, 2º andar da Universidade Federal da Fronteira Sul campus Passo Fundo. Após o término do tempo de guarda os mesmos serão destruídos. A devolutiva para os participantes da pesquisa será realizada durante uma reunião do Conselho Local de Saúde que acontece na primeira quarta-feira do mês às 17h30min, na sala de reuniões da ESF. Para as instituições envolvidas os resultados serão apresentados durante uma reunião de equipe que ocorre semanalmente na ESF. O local de coleta de dados será na Unidade de Saúde e em caso de impossibilidade do participante se deslocar até a Unidade, a coleta será feita no domicílio do participante.

Fica assegurada ao senhor (a) a interrupção de sua participação a qualquer momento, sem necessidade aviso prévio e/ou justificativa, sem nenhum tipo de penalização. Será garantido o sigilo e a privacidade do senhor (a) na pesquisa durante todas as fases da pesquisa. O TCLE será assinado em duas vias, pelos pesquisadores e pelo pesquisados, sendo que cada um desses ficará de posse de uma via desse documento. A equipe de Pesquisa se compromete em preservar sua identidade, garantindo anonimato e sigilo. Será preservado anonimato dos participantes em caso de publicação dos resultados. Uma cópia deste consentimento permanecerá em poder dos pesquisadores e outra será fornecida aos pesquisados (respondentes).

Eu, Andressa Maciel, ciente das questões éticas que permeiam a pesquisa com seres humanos, de pleno conhecimento e de acordo com o que prevê a Resolução 466/2012, **declaro**

e **assumo** a responsabilidade no que tange o item IV 6.b, garantindo aos participantes do estudo nenhum tipo de condicionamento ou influência de autoridade, preservando a autonomia aos participantes da pesquisa, no caso específico, estudantes de enfermagem. A estes será assegurada inteira autonomia de participar ou não da pesquisa, sem qualquer tipo de represália. Também será observado o que consta o item II.25 que se refere a vulnerabilidade. Para tanto, serão tomados todos os cuidados de forma a garantir a autodeterminação dos sujeitos.

A partir dos fatos acima evidenciados, o (a) convidamos a participar do estudo. A participação do senhor (a) na pesquisa dar-se-á de forma voluntária, na qual não será ofertado nenhum tipo de dividendo econômico-financeiro ou de qualquer ordem, assim como não incidirá em despesas de qualquer natureza aos respondentes, sendo a contribuição unicamente como forma de subsidiar a construção do conhecimento.

Caso as questões acima estejam contempladas e de acordo como o proposto, o Senhor (a) deverá autorizar e integrar-se ao conjunto da população estudada, fica assegurada que as informações serão somente usadas como forma de contribuir para formação do conhecimento científico, e que será garantido o anonimato; tenha garantia de sigilo de todas as informações pertinentes ao projeto, assim como tomado todos os cuidados referentes a possíveis desconfortos, sejam estes de ordem físicas e/ou psicológicos. Nas situações que as prerrogativas acima descritas não estejam asseguradas e/ou por decisão de caráter estritamente pessoal, lhe asseguro ao direito de não dar continuidade a participação na pesquisa, sem necessidade de comunicação previa ou justificativa.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

Passo Fundo – RS, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato profissional com o pesquisador responsável:

Endereço: Rua 21 de maio, 151, Bairro São José Operário Marau/RS

Telefone: 3342- 0827

maciel_andressa@yahoo.com.br

Endereço para correspondência: Endereço: Comitê de Ética em pesquisa da UFFS,

Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, sala 310, 3º andar, Rodovia SC
484 km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745

E-mail:cep.uffs@uffs.edu.br

http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante:

Assinatura: _____

**APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS
EM ARQUIVO (TCUDA)**

Eu, Dra. Shana Ginar da Silva, da Universidade Federal Fronteira Sul - UFFS no âmbito do projeto de pesquisa intitulado **“Efeitos do Reiki em desfechos clínicos e de saúde em usuários de benzodiazepínicos na atenção primária: um ensaio clínico randomizado”** comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos prontuários inclusos no G-MUS, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP/UFFS.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Declaro entender que é minha à responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações será submetida à apreciação do CEP/UFFS.

Esclareço ainda que os dados coletados farão parte dos estudos do residente Andressa Maciel, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal Fronteira Sul- UFFS, sob minha orientação.

Passo Fundo, _____ de _____ de 2019

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Assistente de Pesquisa 1

Assinatura do Assistente de Pesquisa 2

Assinatura equipe pesquisa

Assinatura equipe pesquisa

ANEXO A – QUESTIONÁRIO

<p>Pesquisa: Efeitos Do Reiki Em Desfechos Clínicos E De Saúde Em Usuários De Benzodiazepínicos</p> <p>Na Atenção Primária: Um Ensaio Clínico Randomizado</p>
BLOCO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE
Nome do participante:
Código de identificação do participante:
Idade: _____
<p>Sexo:</p> <p>(1) Feminino</p> <p>(2) Masculino</p>
<p>Você se considera de que raça/cor?</p> <p>(1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela</p>
<p>Tem alguma Religião?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>Se sim, qual? _____</p>
<p>Escolaridade?</p> <p>(1) Nenhuma</p> <p>(2) Ensino fundamental incompleto</p> <p>(3) Ensino fundamental completo</p> <p>(4) Ensino médio incompleto</p> <p>(5) Ensino médio completo</p> <p>(6) Ensino superior incompleto</p> <p>(7) Ensino superior completo</p>
<p>Situação conjugal?</p> <p>(1) Solteiro</p> <p>(2) Casado</p> <p>(3) Divorciado</p> <p>(4) União estável</p> <p>(5) Viúvo</p>

Tem filhos?	
(1) Sim	
(2) Não	Quantos? _____
Mora junto com filhos?	
(1) Sim	
(2) Não	
Atividade de trabalho?	
(1) Aposentado.	
(2) Aposentado mas trabalha remunerado	
(3) Trabalha remunerado.	
(4) Licença doença	
(5) Trabalho informal	
(6) Outra, especifique_____	
Qual é a renda familiar de seu grupo familiar (considere a soma da renda de todos em sua casa)? _____, - -	
Alguma vez algum médico lhe disse que você tem:	
Ansiiedade	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra
Muito peso	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra
Diabetes	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra
Pressão alta	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra
Colesterol alto	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra
Triglicerídeo alto	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra
Problema de coração	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra
Problema de tireoide	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra
Depressão	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra
HIV/AIDS	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra
Câncer	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra
Problemas no sono	(1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra
Outra: Qual? _____	

<p>Você participa de algum grupo na comunidade ou na ESF?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>Se sim, qual? _____</p>
<p>Atualmente, você fuma?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>(3) Ex-fumante</p>
<p>Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE “SIM”</p> <p>(1) Sim (0) Não</p>
<p>Você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(0) Não</p> <p>SE SIM, quantas vezes por semana?</p> <p>_____ Quanto tempo por dia? _____</p> <p>Qual tipo de atividade física você faz? _____</p>
<p>Você já ouviu falar em práticas integrativas e complementares (terapias alternativas)?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não</p> <p>Se sim, de que forma ficou sabendo? _____ Quais práticas você já ouviu falar? _____</p>

**BLOCO PERCEPÇÕES DE BEM-ESTAR, SONO E DE SAÚDE E
USO DE MEDICAMENTOS**

Como você considera a sua saúde?

- (1) Muito boa
- (2) Boa
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim

Como você considera a qualidade do sono?

- (1) Muito boa
- (2) Boa
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim

Como você considera a sua percepção de bem-estar?

- (1) Muito boa
- (2) Boa
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim

Como você considera a sua qualidade de vida?

- (1) Muito boa
- (2) Boa
- (3) Regular
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim

Você utiliza Clonazepam?

- (1) Sim
- (2) Não

Há quanto tempo? _ _

meses Dose? _____ Frequência? _____

Você utiliza Diazepam?

- (1) Sim
- (2) Não

Há quanto tempo? _ _

meses Dose? _____ Frequência? _____

Você utiliza outras medicações de forma contínua?

- (1) Sim
- (2) Não

Se sim, quais? _____

Você está fazendo algum tratamento psicológico?

(1) Sim. Com qual profissional? _____

(0) Não

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3

c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários lances de escada.	1	2	3
e) Subir um lance de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h) Andar vários quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais

interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algu ma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de	1	2	3	4	5	6

força?						
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON			
Nº	ITEM	COMPORTAMENTO	GRAU
1	Humor Ansioso	Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.	

2	Tensão	Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	
4	Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.	
5	Intelectual (cognitivo)	Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.	
7	Somatizações Motoras	Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.	
8	Somatizações Sensoriais	Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.	
9	Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc.	
10	Sintomas Respiratórios	Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispnéia, etc.	
11	Sintomas Gastrointestinais	Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, dor pré ou pós-prandial, sensações de plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, etc.	

12	Sintomas Geniturinários	Polaciúria, urgência da micção, amenorréia, menorragia, frigidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.	
13	Sintomas Autonômicos	Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonteiras, etc.	
14	Comportamento na Entrevista	Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial, pupilas dilatadas, etc.	
		ESCORE TOTAL:	

Agradecemos a sua colaboração!

3 RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

3.1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho das equipes na Atenção Básica deve ter características essenciais o qual devem incluir a definição e conhecimento do território, da população adscrita sob a responsabilidade da equipe, a programação e implementação de ações vinculadas às necessidades da população, a avaliação de riscos e vulnerabilidades, uma escuta qualificada, assim como a possibilidade de ofertar a atenção domiciliar. Além disso, o desenvolvimento de ações educativas; a promoção e participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, o fomento à autonomia e protagonismo dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, bem como o apoio e incentivo às estratégias de controle social também se constituem como ferramentas essenciais ao processo de trabalho das equipes atuantes na atenção primária à saúde. (SOUSA et al., 2014).

Desse modo, como potência para a problematização do modelo hegemônico de saúde, que fragmenta o cuidado e hierarquiza saberes, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) proporcionam estratégias potenciais para repensar o processo de formação em saúde. (RAMOS et. al., 2006)

É importante fazer um breve relato da minha trajetória dentro do programa de residência multiprofissional da UFFS. Ingressei na primeira turma, no ano de 2016, conclui dois semestres e por motivos burocráticos, foi necessário solicitar o trancamento junto ao programa. Conforme cronograma foi entregue a coordenação o projeto de pesquisa finalizado, onde o assunto escolhido na ocasião foi o Projeto Terapeutico Singular. O retorno do trancamento ocorreu no ano de 2019, onde decidi escrever um novo projeto conforme está descrito ao longo deste capítulo.

Frente ao exposto e como parte do componente teórico denominado Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) III, apresenta-se o relatório do trabalho de campo que tem como objetivo descrever todas as etapas e fases do trabalho de campo, dando ênfase às potencialidades e desafios enfrentados nesse processo, descrevendo desde o início da construção do projeto até sua conclusão da coleta de dados. Conforme mencionado anteriormente, o objetivo do TCR foi avaliar a efetividade do Reiki em desfechos clínicos e de saúde em usuários que fazem uso de benzodiazepínicos fornecidos pela farmácia básica em Estratégia Saúde da Família no município de Marau-Rs.

3.2 LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS

3.2.1 Logística prévia e durante a coleta de dados

A escrita do projeto teve início no segundo semestre de 2019. A qualificação do Trabalho de Conclusão da Residência ocorreu no dia 06 de novembro no campus da UFFS Passo Fundo, onde participaram da banca as professoras Prof^a Dra. Vanderleia Laodete Pulga e Prof^a Dra Caroline Rizzi. O momento foi de grande valia, pois foram realizadas diversas contribuições ao trabalho. Após a qualificação, a primeira versão do projeto foi encaminhada para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFFS (CEP). Em dezembro foi emitido o primeiro parecer com solicitação de ajustes. Após adequação conforme orientação dos pareceristas a segunda versão foi enviada, e posteriormente aprovada sob o parecer de número 3.810.260.

A primeira etapa da pesquisa consistiu em uma busca através do sistema de informação utilizado pelo município de Marau denominado GMUS. Por meio do sistema foram elencados todos os usuários de diazepam e clonazepam retirados na farmácia básica da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família São José Operário.

Em posse da lista de todos os usuários elegíveis para a etapa seguinte, foi realizado contato telefônico para realização de convite e explicação da pesquisa. Tendo o aceite do usuário, o contato presencial foi agendado para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e posterior entrevista inicial, definida como etapa do “baseline” do estudo. Em relação ao local de realização das entrevistas, algumas foram realizadas na ESF, mas a maior parte foi realizada no domicílio dos usuários.

Após a entrevista inicial, os usuários foram alocados aleatoriamente nos grupos “controle” e “intervenção” por meio da técnica de randomização 2:1 em blocos de 9 usuários, sendo que 3 foram alocados no grupo intervenção 6 no grupo controle. Para o grupo intervenção, estavam previstas 6 sessões de Reiki, sendo aplicadas uma por semana, com duração de 30 minutos cada, na ESF ou no domicílio.

Abaixo tabelas no excel criadas para organização das entrevistas e intervenção.

Quadro 3 – Tabelas para organização das entrevistas e intervenção.

Fonte: Elaborado pela autora.

The image displays two screenshots of a Microsoft Excel spreadsheet titled "ENTREVISTAS TCR ADDRESSA - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)".

The top screenshot shows a table with columns A through H. The data includes names, addresses, phone numbers, and dates. Key entries include:

A	B	C	D	E	F	G	H
	HORTÊNCIAS 28 SJO	2607					
	BONFILHO DE ROCCO 1083	1083	REALIZADA	31	12/02-08h	17/02-08h	
II	21 DE MAIO	125102	REALIZADA				
N	JABOTICABA 301	249898	HAITIANA NÃO FALA PORTUGUÊS				
OSA	FESTIVO JOÃO SANTIN 743	116423	REALIZADA				
I	SANTO ANTONIO 379 SJO	124126	REALIZADA	16	13/02-12:45h		
OS SANTOS	FLORES DA CUNHA 56 SJO	117818	REALIZADA				
DE CESARO	SÃO JOSÉ SJO	283934	REALIZADA				
DA ROSA	SETE SETEMBRO 888 SJO	200649					
RANGEL	SÃO JOSÉ 475 SJO	134386	REALIZADA				
A SILVA	MEXICO 538 NA	131834	REALIZADA				
ARO	ANGELO PANCERA 351 SJO		REALIZADA	4	13/02-09h	17/02-09h	20/02-09h
JNES	SÃO JOSÉ FA		REALIZADA				
	FLORES DA CUNHA SJO	60702	REALIZADA				
	ROMANO MISTURA, 114 NA	126030	REALIZADA	3	17/02-13:30		
E ALMEIDA	SETE SETEMBRO 858	148687					
IGNON	MÉXICO 217 NA	35742	REALIZADA				
	BRASIL 662 SJO	125044	REALIZADA	22	14/02-14h	18/02-14h	
LVA DE LIMA	SETE SETEMBRO 615	117975	REALIZADA				
HADO CARVALHO	BONFILHO DE ROCCO 622	140354	REALIZADA	1	13/02 - 14H	20/02-14h	
DOS SANTOS	ALBINO MACULAN 176 NA	121256	REALIZADA	30	17/02-09:30		
II MARCON	ALTIBANO 238 BUSNELLO	121869					
DEN ASSIS	ALBINO MACULAN 176 NA	121144	REALIZADA				
CACERES	FLORES DA CUNHA 25 SJO	129868					
A LEMES	SUÉCIA 795NA	70122	REALIZADA				

The bottom screenshot shows a similar table with additional columns for PEPS, REIKI scores, and medication status. Key entries include:

A	B	C	D	E	F	G	H	I
	ENDEREÇO	PEP	ENTREVISTA	CÓDIGO	REIKI 1º	REIKI 2º	REIKI 3º	REIKI
	JOSÉ ANTONIO LONGO	138949						
	BRASIL 662 SJO	131460	REALIZADA	18	13/02-15h	18/02-15h		
A	SUÉCIA NA	137995	REALIZADA					
RO	B 75 APTO 202 NA	298527	REALIZADA					
	EUA 678	285535	DEFICIÊNCIA MENTAL					
	21 DE MAIO 180	124064						
ANA	BRASIL 11 SJO	130045	REALIZADA					
IRINHO	ALTIBANO 238 BUSNELLO	123148	REALIZADA					
IN	SANTO ANTONIO SJO		REALIZADA					
R	SANTA LUZIA 29 SJO	143453	REALIZADA					
NACIO	NOE VIEIRA	62508						
ALMEIDA DA SILVA	PLÁCIDO BERNARDI 566 NA	87580	NÃO LOCALIZADA					
	BRASIL 692 SJO	122985	REALIZADA					
O	SANTO ANTONIO 379 SJO	130622	REALIZADA					
	FESTIVO JOÃO SANTIN FA	128658	REALIZADA	19	20/02-15:30			
	PORTUGAL 772 NA	175539	REALIZADA					
	21 DE MAIO 180	126222						
SILVA	EGITO 135 NA	123402	NÃO UTILIZA MAIS A MEDICAÇÃO					
	HORTÊNCIAS 81 SJO	298345	MUDOU-SE					
	PIPO CASAGRANDE 25 SJO	129060	REALIZADA					
	BONFILHO DE ROCCO 799	115275						
RO	SÃO JOSÉ 376 SJO	121350						
FEIRA	INGLATERRA 604 NA	140710	REALIZADA					
ARRA	LUISA DE C GUIGGI 177	100382	REALIZADA					

3.2.2 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário dividido em dois blocos: bloco contendo características sociodemográficas e de saúde, bloco percepções de bem-estar, qualidade do sono e autopercepção de saúde e uso de medicamentos, também foram aplicadas a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36 e por fim a Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton. Totalizando 47 questões do estudo base.

Quadro 4 – Questionários utilizado para coleta de dados.

<p>Qual é a renda familiar de seu grupo familiar (considere a soma da renda de todos em sua casa)? _____</p> <p>Alguma vez algum médico lhe disse que você tem:</p> <p>Ansiedade (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Muito peso (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Diabetes (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Pressão alta (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Colesterol alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Triglicérides alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Problema de coração (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Problema de tireoide (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Depressão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra HIV/AIDS (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Câncer (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Problemas no sono (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra Outra: Qual? _____</p> <p>Você participa de algum grupo na comunidade ou na ESF? (1) Sim (2) Não Se sim, qual? _____</p> <p>Atualmente, você fuma? (1) Sim (2) Não (3) Ex-fumante</p> <p>Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? <i>AS VEZES DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (1) Sim (0) Não</p> <p>Você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre? (1) Sim (0) Não SE SIM, quantas vezes por semana? _____ Quanto tempo por dia? _____</p> <p>Qual tipo de atividade física você faz? _____</p>	<p>BLOCO PERCEPÇÕES DE BEM-ESTAR, SONO E DE SAÚDE E USO DE MEDICAMENTOS</p> <p>Como você considera a sua saúde? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p> <p>Como você considera a qualidade do sono? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p> <p>Como você considera a sua percepção de bem-estar? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p> <p>Como você considera a sua qualidade de vida? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p> <p>Você utiliza Clonazepam? (1) Sim (2) Não Há quanto tempo? __ meses Dose? _____ Frequência? _____</p> <p>Você utiliza Diazepam?</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36</p> <p>1- Em geral você diria que sua saúde é:</p> <table border="1"> <tr> <td>Excelente</td> <td>Muito Boa</td> <td>Boa</td> <td>Ruim</td> <td>Muito Ruim</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?</p> <table border="1"> <tr> <td>Muito Melhor</td> <td>Um Pouco Melhor</td> <td>Quase a Mesma</td> <td>Um Pouco Pior</td> <td>Muito Pior</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Atividades</th> <th>Sim, dificulta muito</th> <th>Sim, dificulta um pouco</th> <th>Não, não dificulta de modo algum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) Levantar ou carregar mantimentos</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d) Subir vários lances de escada</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>e) Subir um lance de escada</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>g) Andar mais de 1 quilômetro</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>h) Andar vários quarteirões</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>i) Andar um quarteirão</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>j) Tomar banho ou vestir-se</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho</p>	Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim	1	2	3	4	5	Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior	1	2	3	4	5	Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum	a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3	b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3	c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3	d) Subir vários lances de escada	1	2	3	e) Subir um lance de escada	1	2	3	f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3	g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3	h) Andar vários quarteirões	1	2	3	i) Andar um quarteirão	1	2	3	j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3	<p>5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Sim</th> <th>Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>De forma nenhuma</th> <th>Ligeiramente</th> <th>Moderadamente</th> <th>Bastante</th> <th>Extremamente</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> </table> <p>7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nenhuma</th> <th>Muito leve</th> <th>Leve</th> <th>Moderada</th> <th>Grave</th> <th>Muito grave</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> </tr> </thead> </table> <p>8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>De maneira alguma</th> <th>Um pouco</th> <th>Moderadamente</th> <th>Bastante</th> <th>Extremamente</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> </table> <p>9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Todo Tempo</th> <th>A maior parte do tempo</th> <th>Uma boa parte do tempo</th> <th>Alguma parte do tempo</th> <th>Uma pequena parte do tempo</th> <th>Nunca</th> </tr> </thead> </table>		Sim	Não	a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2	b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2	c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2		De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente		1	2	3	4	5		Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave		1	2	3	4	5	6		De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente		1	2	3	4	5		Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim																																																																																																																						
1	2	3	4	5																																																																																																																						
Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior																																																																																																																						
1	2	3	4	5																																																																																																																						
Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum																																																																																																																							
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3																																																																																																																							
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3																																																																																																																							
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3																																																																																																																							
d) Subir vários lances de escada	1	2	3																																																																																																																							
e) Subir um lance de escada	1	2	3																																																																																																																							
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3																																																																																																																							
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3																																																																																																																							
h) Andar vários quarteirões	1	2	3																																																																																																																							
i) Andar um quarteirão	1	2	3																																																																																																																							
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3																																																																																																																							
	Sim	Não																																																																																																																								
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2																																																																																																																								
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2																																																																																																																								
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2																																																																																																																								
	De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente																																																																																																																					
	1	2	3	4	5																																																																																																																					
	Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave																																																																																																																				
	1	2	3	4	5	6																																																																																																																				
	De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente																																																																																																																					
	1	2	3	4	5																																																																																																																					
	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca																																																																																																																				

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 5 – Escalas de avaliação de ansiedade de Hamilton

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON			
Nº	ITEM	COMPORTAMENTO	GRAU
1	Humor Ansioso	Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.	
2	Tensão	Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. (avaliar qualquer um por intensidade e frequência de exposição).	
4	Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.	
5	Intelectual (cognitivo)	Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.	
7	Somatizações Motoras	Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.	
8	Somatizações Sensoriais	Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tímidos, zumbidos, etc.	

Fonte: Elaborado pela autora.

3.2.3 Perdas e recusas

O número inicial estimado no G-MUS de acordo com os critérios de inclusão do estudo foi de 76 usuários de diazepam e clonazepam. No entanto destes, 35 usuários foram incluídos na pesquisa, os demais foram descartados por motivo da pandemia.

Dos 35 usuários participantes da pesquisa que se enquadraram nos critérios de inclusão e responderam o questionário, 2 vieram a óbito.

Após o processo de randomização do n=35, foi possível agrupar em 3 blocos contendo 9 usuários. Em cada bloco, 3 usuários foram alocados através de sorteio para o grupo intervenção e 6 para grupo controle. Portanto, o grupo intervenção (Reiki) usuário foi composto por 9 usuários e 18 do grupo controle, ainda soma-se ao grupo controle os 8 usuários entrevistados os quais não foi possível concluir um bloco com 9 usuários para o processo de randomização no momento da interrupção das entrevistas, totalizando então, 26 usuários no grupo controle.

Do grupo intervenção apenas uma usuária não se sentiu confortável para dar seguimento às aplicações de Reiki semanais, os demais estavam com as sessões em andamento quando este trabalho foi interrompido por motivo da pandemia COVID-19.

Para entender melhor este contexto, destaca-se que no Brasil, as primeiras ações ligadas à pandemia do novo coronavírus começaram em 09 de fevereiro, com a repatriação dos brasileiros que viviam em Wuhan, cidade chinesa epicentro da infecção. Em 26 de fevereiro foi confirmado o primeiro caso de coronavírus no Brasil. Logo em 11 de março a Organização

Mundial da Saúde declarou pandemia de coronavírus.

Neste período o estudo estava em andamento sendo que as sessões de Reiki tiveram início dia 11 de fevereiro, até 18 de março, totalizando 41 sessões de Reiki aplicados no grupo intervenção.

Quadro 6 – Sessões de Reiki aplicados no grupo de intervenção.

Código/Grupo intervenção	Sessões Reiki
1	6
3	3
4	6
16	6
18	6
19	2
22	5
30	1
31	6

Fonte: Elaborado pela autora.

3.2.4 Preparação e organização do banco de dados

Os dados obtidos foram digitados em uma planilha do Excel, sendo que o nome dos usuários foi codificado numericamente para garantir o sigilo dos dados de identificação e posteriormente estes dados serão processados e analisados no Programa STATA versão 12.0 ((Stata Corp. College Station, TX, USA). Abaixo tabela Excel com dados e tabela de códigos.

Quadro 7 – Dados dos participantes.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
Cod-1	Grup-1	Sessoes-1	Id-1	Sex-1	Cor-1	Relig-1	QI-1	Esc-1	Sit-1	Fil-1	Qt-1	Mora (IT)-1	Trab-1	Esp-1	Renda-1	Ans-1	M- Peso-1	Dia-1	Pr
1	1	1		55	1	3	1	Cat	3	2	1	2	2	6	Dona de Casa	1500	1	2	1
2	2	2		87	1	1	1	Cat	2	2	1	1	2	1	2090	2	2	2	1
3	3	1		46	1	3	1	Cat	5	2	1	3	1	3	3130	1	1	1	2
4	4	1		53	1	1	1	Evang	2	2	1	2	1	6	Dona de Casa	2090	1	1	2
5	5	2		69	1	3	1	Evang	2	5	1	6	2	1	1045	1	2	1	1
6	6	2		65	2	1	1	Evang	1	2	1	3	2	1	2090	1	2	1	1
7	7	2		63	1	1	1	Cat	3	2	1	1	2	1	3130	1	2	2	2
8	8	2		47	1	1	1	Cat	3	2	1	2	2	3	2090	1	1	2	2
9	9	2		49	2	1	1	Evang	5	2	1	2	1	1	2090	1	2	2	2
10	10	2		70	1	1	1	Cat	2	3	1	1	2	1	1045	1	2	1	1
11	11	2		43	1	1	1	Cat	5	4	1	1	1	3	2090	1	1	2	2
12	12	2		36	2	3	1	Evang	2	1	2	2	2	1	2090	1	1	2	2
13	13	2		59	1	1	1	Cat	2	2	1	3	2	3	2090	1	2	2	2
14	14	2		82	1	3	1	Cat	1	2	1	3	1	1	3000	1	1	2	2
15	15	2		54	1	1	1	Cat	2	2	1	3	1	6	Dona de Casa	2090	1	1	2
16	16	1		59	1	1	1	Cat	2	2	1	2	2	6	Costureira	1500	1	1	2
17	17	2		57	1	3	1	Cat	2	2	1	1	2	6	Dona de Casa	2090	1	1	1
18	18	1		74	2	1	1	Cat	2	5	1	5	2	1	2090	1	2	1	1
19	19	1		70	1	1	1	Cat	2	3	1	4	2	1	1045	1	2	2	2
20	20	2		40	1	1	1	Evang	2	2	1	2	2	3	2090	1	1	1	1
21	21	2		78	1	3	1	cat	2	5	1	2	2	1	2090	1	2	2	2
22	22	1		55	1	1	1	Cat	2	2	1	2	2	5	artesã	2095	1	2	2
23	23	2		73	1	1	1	Cat	2	2	1	3	2	1	2095	1	2	2	1
24	24	2																	

Fonte: Elaborado pela Autora.

Quadro 8 – Tabela de códigos.

	A	B	C	D
29	FUMA	VOCÊ FUMA?		
30	BEB ALC	CONSUME BEBIDA ALCOÓLICA?	1-SIM	2-NÃO
31	ATIV FIS	FAZ ATIVIDADE FÍSICA?	1-SIM	2-NÃO
32	QT SEMANA	QUANTAS VEZES NA SEMANA?		
33	QT DIA	QUANTO TEMPO POR DIA?		
34	QL	QUAL ATIVIDADE?		
35	PIC	CONHECE AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES?	1-SIM	2-NÃO
36	FORM SAB	DE QUE FORMA FICOU SABENDO?		
37	QS	QUAIS PRÁTICAS OUVIU FALAR?		
38	SAÚDE	COMO VOCÊ CONSIDERA A SUA SAÚDE?	1- MUITO BOA	2- BOA
39	SONO	COMO VOCÊ CONSIDERA A QUALIDADE DO SONO?	1- MUITO BOA	2- BOA
40	BEM ESTAR	COMO VOCÊ CONSIDERA A SUA PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR?	1- MUITO BOA	2- BOA
41	VIDA	COMO VOCÊ CONSIDERA A SUA QUALIDADE DE VIDA?	1- MUITO BOA	2- BOA
42	CLONAZEPAM	VOCÊ UTILIZA CLONAZEPAM?	1-SIM	2-NÃO
43	TEMPO	HÁ QUANTO TEMPO?		
44	DOSE	DOSE?		
45	FREQ	FREQUENCIA?		
46	DIAZEPAM	VOCÊ UTILIZA DIAZEPAM?	1-SIM	2-NÃO
47	TEMPO	HÁ QUANTO TEMPO?		
48	DOSE	DOSE?		
49	FREQ	FREQUENCIA?		
50	MEDIC	UTILIZA OUTRAS MEDICAÇÕES?	1-SIM	2-NÃO
51	TP	ESTÁ FAZENDO ALGUM TRATAMENTO PSICOLÓGICO?	1-SIM	2-NÃO
52	PROFIS	COM QUAL PROFISSIONAL?		
53	SAÚDE	VOCÊ DIRIA QUE A SUA SAÚDE É	1- EXCELENTE	2- MUITO

Fonte: Elaborado pela autora.

3.2.5 potencialidades e desafios enfrentados durante a coleta de dados

Este projeto de pesquisa, em especial a coleta a campo oportunizaram um envolver-se num processo de aprendizagem vivo que implicou em questionamentos constantes que auxiliaram na reconstrução de pensamentos antes concebidos de forma errônea, por isso cada etapa foi vivenciada de forma intensa, aberta ao novo e com capacidade de resiliência.

Este projeto foi muito desafiador em todas as etapas, um deles refere-se à logística das visitas domiciliares para aplicação do questionário, em virtude da dificuldade de horários dos participantes. Contudo a melhor opção para a realização das entrevistas foi no horário do meio dia e também no turno da noite.

Outro momento desafiador refer-se a forma da abordagem no início da entrevista, pois a maioria dos participantes desconhecia as Práticas Integrativas e Complementares (PICS), em especial o Reiki, sendo importante despendir um tempo maior em cada entrevista para explicar, detalhadamente, o projeto como um todo, assim como o questionário, pois algumas questões eram de difícil compreensão, fazendo com que cada entrevista durasse em torno de 1h30min.

Ainda como desafio, pode-se citar o deslocamento dentro do território, visto a extensa área de abrangência da ESF São José Operário.

Como potencialidade, destaca-se o acolhimento em cada residência, não houve nenhum tipo de constrangimento, por parte da pesquisadora e nem dos entrevistados.

Com o estudo foi possível iniciar uma aproximação entre a ESF favorecendo o vínculo.

Também foi um momento em que o usuário pode falar sobre suas questões de saúde mental, tidas como um tabu pela família e por vezes não considerado como um problema que precisa de um olhar diferenciado.

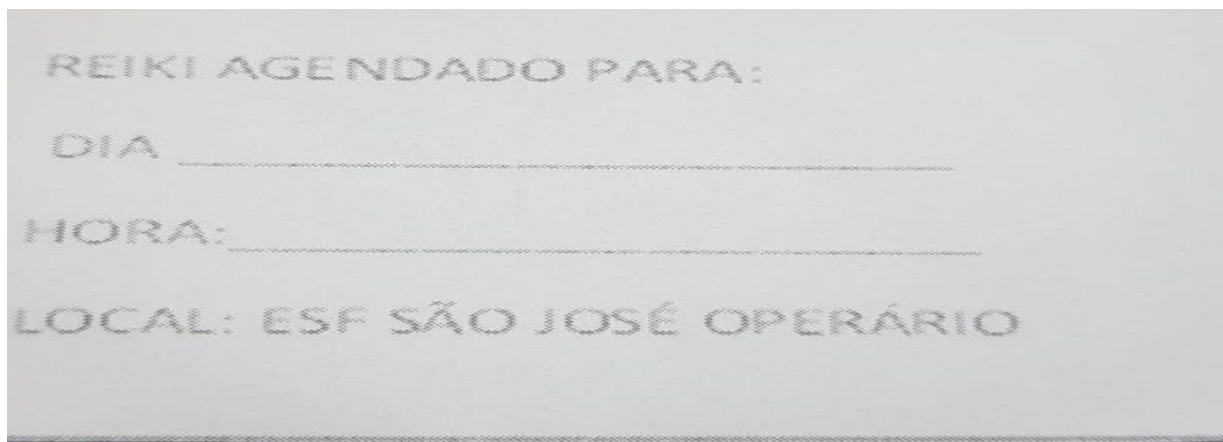
3.3 RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

A intervenção planejada nesse projeto de pesquisa consistiu na aplicação do Reiki em usuários de benzodiazepínicos cadastrados em uma ESF de um município no Norte gaúcho. Após a realização da entrevista da linha de base, foi aplicada a técnica de randomização conforme já descrita, o qual resultou em nove usuários alocados no grupo intervenção. Cada participante foi informado sobre a sua inclusão no grupo que receberia a intervenção.

As sessões aconteceram em uma sala da ESF, com ambiente organizado previamente, de forma confortável, em repouso na maca, com música de fundo e utilização de óleo essencial durante a imposição das mãos. Alguns usuários preferiram que o atendimento fosse ao domicílio, e assim ocorreu. Da mesma maneira, foi ofertado um ambiente aconchegante para a profissional reikiana e para o participante. As aplicações aconteceram semanalmente, com duração de 30 min, em horários diferenciados, conforme a disponibilidade de cada indivíduo. Algumas sessões foram realizadas no meio dia e também à noite. Conforme definido no projeto seriam aplicadas 6 sessões em cada indivíduo durante 6 semanas. Entre os 9 participantes do grupo intervenção, até o momento em que a pesquisa foi interrompida, foram aplicadas 41 sessões de Reiki.

O processo da intervenção que se deu pela aplicação do Reiki, foi muito gratificante, pois em cada sessão os participantes relatavam diminuição dos sintomas de ansiedade, e como consequência a melhora na qualidade do sono e de qualidade de vida, alguns ainda, relataram sensações durante a aplicação do Reiki, como de estar flutuando, de relaxamento, de sonolência, adormecimento acompanhado de sonhos, calor no ponto em que estavam impostas as mãos.

Quadro 9 – Bilhete utilizado para o agendamento



Fonte: Elaborado pela autora.

3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

No mês de março de 2020, durante a condução do ensaio clínico randomizado, o Brasil iniciou o enfrentamento da pandemia do novo coronavírus (SRAS-CoV-2), problema este que já acometia o restante do mundo desde o início do presente ano. A partir deste período, um novo normal foi imposto para a sociedade, sendo necessário interromper todo o trabalho de pesquisa em execução até o momento. Diante das circunstâncias, tornou-se inviável, em virtude das medidas de segurança e as recomendações de distanciamento social, dar continuidade ao projeto, especialmente pelo impacto que a pandemia causa nos desfechos de ansiedade e saúde mental, principais variáveis de interesse nesse estudo.

Diante do exposto, como alternativa para realização do TCR, decidiu-se alterar o objetivo do trabalho e realizar uma análise descritiva do perfil epidemiológico de usuários de benzodiazepínicos na atenção primária a saúde com base nas informações disponíveis e coletadas na primeira entrevista do estudo.

Impossível não afetar-se com a inesperada interrupção da pesquisa, no entanto é algo que não depende somente de nossos esforços e desejos, por isso faz-se necessário muita resiliência para enfrentar este novo normal. Como sugestão, recomendo a continuidade da pesquisa sobre esta temática, pois apesar da interrupção da pesquisa, posso inferir a importância das PCIS na Atenção Básica e os benefícios da prática do Reiki na qualidade de vida da população.

Abaixo algumas atividades realizadas pela equipe São José Operário no ano de 2019.

Fotografia 1 – Atividade realizada pela equipe São José Operário, 2019.



Fonte: Câmera própria.

Fotografia 2 – Atividade realizada pela equipe São José Operário, 2019.



Fonte: Câmera própria.

Fotografia 3 – Atividade realizada pela equipe São José Operário, 2019.



Fonte: Câmera própria.

Fotografia 4 – Atividade realizada pela equipe São José Operário, 2019.



Fonte: Câmera própria.

REFERÊNCIAS

RAMOS, A. de S, et al. **Residências em Saúde**: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. p. 375-390. In: HADDAD, A. E.; FERREIRA, A. S. de F.; Santos. A. A.; Et al. (Org.). **Residência Multiprofissional em Saúde**: experiências, avanços e desafios. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SOUSA, Maria Fátima de; FRANCO, Marcos da Silveira; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros**: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Editora Saberes, 2014.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

O Artigo será encaminhado para avaliação na Revista Cadernos de Saúde Coletiva – ISSN: 2358-291X.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, COMPORTAMENTAIS E DE SAÚDE DE USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL

SOCIODEMOGRAPHIC, BEHAVIORAL AND HEALTH CHARACTERISTICS OF BENZODIAZEPINIC USERS IN A FAMILY HEALTH STRATEGY IN NORTHERN RIO GRANDE DO SUL

Andressa Maciel¹

Eliana Paula Brentano²

Shana Ginar da Silva³

¹ Enfermeira, residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS <https://orcid.org/0000-0002-9852-9003>

² Enfermeira, Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família, Preceptora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS. <https://orcid.org/0000-0002-4601-303X>

³ Docente do Curso de Medicina e da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Biomédicas, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó, SC. <https://orcid.org/0000-0003-1504-6936>

RESUMO

Introdução: No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) sabe-se que os benzodiazepínicos destacam-se entre os medicamentos destinados ao controle de estresse, ansiedade e insônia. **Objetivo:** descrever o perfil epidemiológico de usuários de benzodiazepínicos em uma Estratégia Saúde da Família (ESF). **Método:** Estudo transversal, com abordagem descritiva realizado em uma ESF do município de Marau, Rio Grande do Sul, utilizou-se dois questionários, também aplicada à escala de avaliação de ansiedade de Hamilton. **Resultados:** A amostra foi composta de 35 usuários, predominantemente mulheres (82,9%) com idade inferior a 60 anos (54,3%), cor da pele branca (68,6%), casadas (65,7%), mais de dois filhos (80%), escolaridade menor ou igual há oito anos de estudo (88,6%) e renda familiar entre 1.500 e 2.090 reais (65,7%). Nas variáveis comportamentais, reportou não praticar atividade física (68,6%) e não consumir álcool (97,1%) ou tabaco (77,1%). Ainda, observou-se que aproximadamente 3/4 da amostra percebem negativamente a saúde e a qualidade do sono. A comorbidade predominante foi a ansiedade (94,3%). **Conclusão:** Constatou-se que as mulheres, com menos de 60 anos, casadas brancas, com mais de dois filhos, baixa renda e escolaridade e sem uma atividade ocupacional ativa representam o perfil epidemiológico de usuários de benzodiazepínicos na ESF estudada.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Ansiedade; Benzodiazepínico; Perfil Epidemiológico; Uso de medicamentos.

ABSTRACT

Introduction: In the context of primary health care, it is known that benzodiazepines stand out among medications for controlling stress, anxiety and insomnia. **Objective:** to describe the epidemiological profile of benzodiazepine users in a family health strategy (FHS). **Method:** Cross-sectional study, with a descriptive approach carried out in an ESF in the municipality of Marau, Rio Grande do Sul, two questionnaires were used. Hamilton's anxiety rating scale was also applied. **Results:** The sample consisted of 35 users, predominantly women (82.9%) under the age of 60 (54.3%), white (68.6%), married (65.7%), more than two children (80%), less than or equal education for eight years of study (88.6%) and family income between 1,500 and 2,090 reais (65.7%). In the behavioral variables, she reported not practicing physical activity (68.6%) and not consuming alcohol (97.1%) or tobacco (77.1%). Still, it was observed that approximately 3/4 of the sample negatively perceived health and quality of sleep. The predominant comorbidity was anxiety (94.3%). **Conclusion:** It was found that women, under 60 years old, married white, with more than two children, low income and education and without an active occupational activity represent the epidemiological profile of benzodiazepine users in the studied FHS.

Keywords: Primary Health Care; Anxiety; Benzodiazepine; Epidemiological Profile; Use of medicines.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é norteada pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo de continuidade, integralidade,

responsabilização, humanização, equidade e participação social. É considerada a principal porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS). Na APS, as ações no âmbito da saúde mental são construídas no dia-a-dia, dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam ferramentas inovadoras e estratégicas para compartilhar e construir juntos a atenção em saúde (BRASIL, 2012).

No contexto da APS sabe-se que o uso de medicamentos destinados ao controle de estresse, ansiedade, insônia e fobias estão no auge do consumo, devido ao ritmo da vida moderna e processos naturais da vida (MENDES, et al, 2014). Dentre estes medicamentos, está o clordiazepóxido. Trata-se do primeiro medicamento a ser sintetizado no ano de 1957 e lançado comercialmente em 1960, como Benzodiazepínico (BZD) (BERNIK, et al, 1991).

Nas décadas de 70 e 80 os benzodiazepínicos ansiolíticos se popularizaram entre os médicos e a população em geral. Esse avanço se tornou importante, em especial, na luta contra problemas que afetam a sociedade, como a ansiedade, insônia, irritabilidade, convulsões entre outras. Esses fármacos possuem poucos efeitos colaterais e baixa toxicidade, por isso proporcionaram uma impressão de maior segurança e menos apreensão para prescrevê-los. Nesse contexto, os medicamentos psicotrópicos ganharam espaço privilegiado, principalmente os BZDs, que aparecem entre os mais prescritos no mundo (FELIZARDO, 2014).

Conhecer as características de usuários de benzodiazepínicos pertencentes a um território adscrito de uma estratégia saúde da família poderá proporcionar reflexões acerca dos princípios da APS, além de produzir uma problematização da qualificação no cuidado integral do usuário, favorecendo assim a reorientação do modelo assistencial amplamente voltado a medicalização do ser como um todo, além de promover estratégias de intervenção direcionadas aos grupos identificados como os de maior risco ao uso.

Sendo assim, diante do exposto, o objetivo desse trabalho foi descrever o perfil epidemiológico no que se refere às características sociodemográficas, comportamentais e de saúde de usuários que utilizam benzodiazepínicos em uma estratégia saúde da família em um município do Norte do Rio Grande do Sul.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo com delineamento epidemiológico transversal e com abordagem descritiva, desenvolvido em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Marau, localizado no Norte do estado do Rio Grande do Sul, no período de novembro 2019 a março 2020.

Para a definição da amostra e dos sujeitos elegíveis para o estudo foram considerados os seguintes critérios de inclusão: maiores de 18 anos de idade, ambos os sexos, cadastrados no território de abrangência da ESF São José Operário que utilizem medicação Clonazepam e Diazepam há pelo menos 30 dias. A primeira etapa consistiu em uma busca por meio do sistema de informação utilizado pelo município de Marau denominado G-MUS e foi realizada em fevereiro de 2020. Por meio desse sistema foram identificados todos os usuários de diazepam e clonazepam que retiravam medicamentos na farmácia básica da ESF São José Operário.

Em posse da lista de todos os usuários elegíveis, na etapa seguinte foi realizado contato telefônico para convite e explicação da pesquisa. Tendo o aceite do usuário, o contato presencial foi agendado para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e posterior entrevista. As entrevistas ocorreram na ESF e nos domicílios dos usuários. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário dividido em dois blocos: (1) bloco contendo características sociodemográficas e de saúde, (2) bloco percepções de bem-estar, qualidade do sono e autopercepção de saúde e uso de medicamentos. Nesse bloco 2 também foi aplicada a Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton (HAMILTON, 1959).

Para este estudo foram incluídas e analisadas as seguintes variáveis sociodemográficas: sexo (masculino e feminino) faixa etária (adultos e idosos), cor da pele (branca, preta/parda), situação conjugal (casado/vivendo com companheiro, solteiro/separado/divorciado/viúvo), número de filhos (0, 1; ≥ 2), escolaridade (≤ 8 ; 9 ou +), atividade ocupacional ativa (sim ou não), renda familiar (< 1.500 ; 1500–2.090; > 2.090). As variáveis de saúde e comportamentais analisadas foram: hábito de prática de atividade física no tempo livre (sim x não), consumo de álcool (sim x não), fumo (sim; não; ex-fumante), autopercepção de saúde (positiva x negativa), autopercepção da qualidade do sono (positiva x negativa), autopercepção de bem-estar (positiva x negativa), presença de comorbidades por diagnóstico médico referido (diabetes, hipertensão, excesso de peso, doença cardíaca, depressão e ansiedade), uso de outros medicamentos contínuos (sim x não). Ainda a foram analisados os resultados da escala de ansiedade de Hamilton nas seguintes categorias: (0) sem ansiedade 0-17 pontos; (1) ansiedade leve 18-24, moderada 25-29; (3) ansiedade grave 30 pontos ou mais. A análise da ansiedade foi estratificada por sexo e faixa etária.

Para a análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva com a apresentação das frequências absolutas (n) e relativas (%). Todas as análises foram realizadas no Programa STATA versão 12.0 ((Stata Corp. College Station, TX, USA). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, com parecer de número 3.810.260. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

No total, 35 usuários foram incluídos no estudo. A Tabela 1 apresenta os resultados da amostra estudada em relação a características sociodemográficas. Observou-se predomínio do sexo feminino (82,9%), com idade inferior a 60 anos (54,3%), brancos autorreferidos (68,6%). Na situação conjugal, o estudo mostrou que 65,7% são casados/vivem com companheiro, enquanto que 80% possuem 2 filhos ou mais. Em relação à escolaridade, pode-se verificar que 88,6% possui 8 anos ou menos de estudo. Quanto à atividade ocupacional ativa, 74,3% revelaram que não possuem, e por fim, a renda familiar bruta predominante está compreendida entre 1.500,00 a 2.090,00 reais.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de usuários de uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, RS, 2020 (n=35).

	N	%
Sexo		
Feminino	29	82,9
Masculino	6	17,1
Faixa etária		
Adultos	19	54,3
Idosos	16	45,7
Cor da pele (autorreferida)		
Branca	24	68,6
Preta/parda	11	31,4
Situação conjugal		
Casado/vivendo com companheiro	23	65,7
Solteiro/divorciado/separado/viúvo	12	34,3
Número de filhos		
0	1	2,9
1	6	17,1
≥ 2	28	80,0
Escolaridade (anos de estudo)		
≤8	31	88,6
9 ou +	4	11,4
Atividade ocupacional ativa		
Sim	9	25,7
Não	26	74,3
Renda familiar (reais)		

< 1.500	5	14,3
1500 – 2.090	23	65,7
>2.090	7	20,0

Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela 2 apresenta os resultados quanto aos hábitos de vida, uso de medicamentos contínuos e frequência de comorbidades dos usuários. A prática de atividade física no tempo livre demonstrou não ser habitual para 68,6% dos entrevistados. Quanto ao consumo de álcool 97,1% não fazem uso, assim como 77,1% disseram não ter o hábito de fumar. No que se refere a autopercepção de saúde 74,3% dos usuários, avaliaram como negativa, também foi avaliada como negativa por 82,9% dos usuários a autopercepção da qualidade do sono. Na autopercepção de bem-estar, 57,1% referiram ser positiva. Entre as comorbidades avaliadas a ansiedade foi referida por 94,3%, a depressão por 62,9%, seguido pela hipertensão com 51,4%, o excesso de peso por 45,7%, por fim doença cardíaca 31,4 % e diabetes 28,6%. Quanto ao uso de outros medicamentos de uso contínuo, 94,3% referiram utilizar, os mais citados foram os anti-hipertensivos, antidepressivos, protetores da mucosa gástrica.

Tabela 2 - Hábitos de vida, uso de outros medicamentos contínuos e frequência de comorbidades em usuários de uma Estratégia de Saúde da Família. Marau, RS, 2020 (n=35).

	N	%
Hábito de prática de atividade física no tempo livre		
Sim	11	31,4
Não	24	68,6
Consumo de álcool		
Sim	1	2,9
Não	34	97,1
Fumo		
Sim	5	14,3
Não	27	77,1
Ex-fumante	3	8,6
Autopercepção de saúde		
Positiva	9	25,7
Negativa	26	74,3
Autopercepção da qualidade do sono		
Positiva	6	17,1
Negativa	29	82,9
Autopercepção de bem-estar		
Positiva	20	57,1
Negativa	15	42,9
Presença de comorbidades por diagnóstico médico referido		
Diabetes	10	28,6
Hipertensão	18	51,4

Excesso de peso	16	45,7
Doença cardíaca	11	31,4
Depressão	22	62,9
Ansiedade	33	94,3
Uso de outros medicamentos contínuos		
Sim	33	94,3
Não	2	5,7

Fonte: Elaborada pela autora.

Dentre a população estudada, a ansiedade considerada grave foi evidenciada em aproximadamente 50% da amostra (n=17), em seguida está à ansiedade determinada como moderada o qual foi presente em n=4 usuários, correspondendo a 11,4% da amostra. A ansiedade leve foi observada em n=8 usuários indicando 22,9%. Por fim, seis usuários (17,1%) foram classificados sem a presença da ansiedade com base no escore aplicado (Tabela 3). O escore de ansiedade variou de uma pontuação de 4 a 49 pontos na amostra analisada.

Tabela 3 - Classificação dos usuários em relação a escala de Hamilton para avaliação da ansiedade. Marau, 2020 (n=35)

Categorias da escala de Hamilton	N	%
Sem ansiedade (0-17 p)	6	17,1
Ansiedade leve (18-24)	8	22,9
Ansiedade moderada (25-29)	4	11,4
Ansiedade grave (≥ 30)	17	48,6

Fonte: Elaborada pela autora.

Na análise estratificada da ansiedade, por sexo e faixa etária, observou-se que a maior parte dos usuários identificados como ansiedade moderada/grave é do sexo masculino (Figura 1) e pertencente à faixa etária de idosos (Figura 2).

Figura 1 - Análise da escala de ansiedade de Hamilton estratificada por sexo.

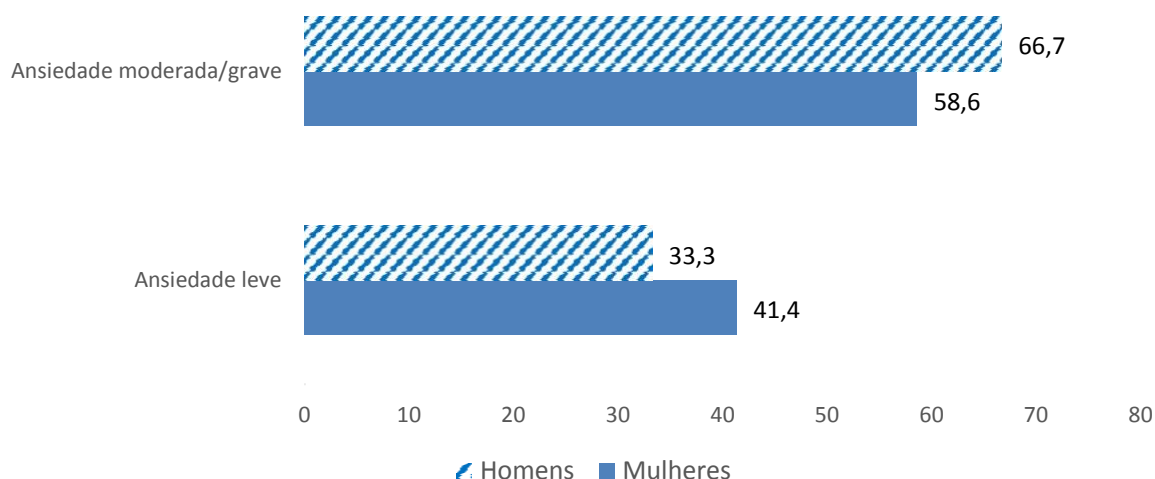
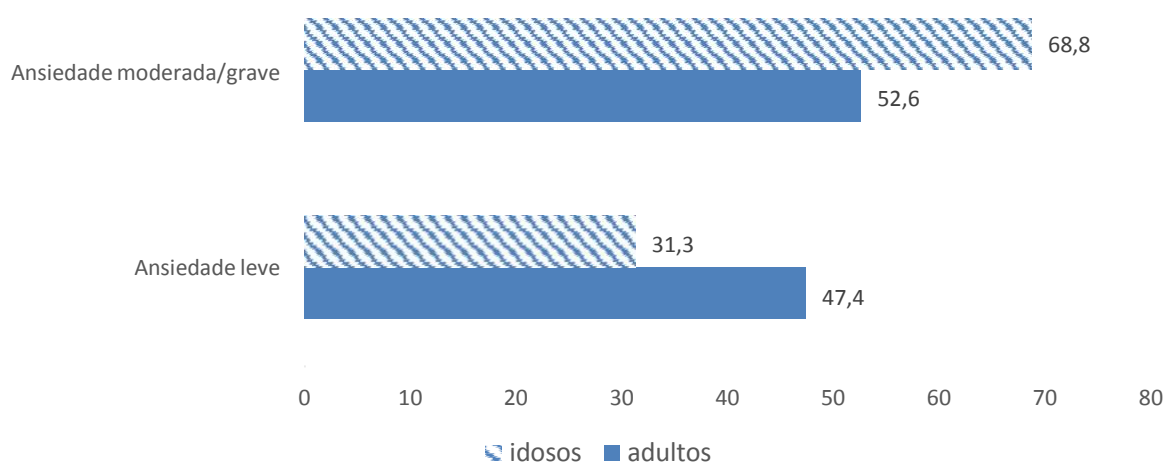


Figura 2 - Análise da escala de ansiedade de Hamilton estratificada por faixa etária.



DISCUSSÃO

Os resultados evidenciados neste estudo refletem as características sociodemográficas, comportamentais e de saúde de usuários de benzodiazepínicos de uma estratégia de saúde da família em um município do Norte do Rio Grande do Sul. A amostra analisada foi composta predominantemente por mulheres, com idade inferior a 60 anos, com cor da pele branca, casadas, com mais de dois filhos, com baixa renda e escolaridade e sem uma atividade ocupacional ativa. Em relação às variáveis comportamentais, observou-se que a maior parte não possui hábito da prática de atividade física no lazer e não fazem uso de álcool ou tabaco. Por outro lado, em relação à percepção de alguns indicadores de saúde constatou-se que

aproximadamente 3/4 da amostra percebem negativamente a saúde e a qualidade do sono. Tratando-se de um estudo com usuários de benzodiazepínicos, é esperado que a ansiedade fosse à comorbidade predominante, porém constatou-se uma elevada prevalência de outras comorbidades, como depressão, hipertensão, excesso de peso, doenças cardíacas e diabetes.

Estudo transversal, de base populacional, incluindo n=23.329 indivíduos com idade entre 20 e 59 anos e n = 9.019 idosos com idade igual ou superior a 60 anos utilizou dados de setembro de 2013 e fevereiro de 2014 da Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM, 2013-2014) (ÁLVARES, et al, 2017). Os resultados revelaram índices alarmantes, onde a prevalência de uso de ao menos um psicotrópico para o conjunto de idosos brasileiros foi de 8,7% (RODRIGUES, et al.,2019). Conforme demonstrado em diversos estudos, a utilização de benzodiazepínicos é mais frequente entre as mulheres (FIRMINO, et al., 2012, FORTE, 2007). Em pesquisa realizada no ano de 2008, na UBS da Vila Barão, em Sorocaba, São Paulo, foi observado o padrão de uso de BZD por mulheres. Ao todo foram entrevistadas 350 mulheres (3% da população total, incluindo homens e mulheres). Destas, 13,1% eram usuárias de BZD. O grupo etário de mulheres de 18 a 39 anos apresentou um consumo de BZD significativamente menor do que o grupo de 50 a 69 anos ($p < 0,001$), dado que condiz com o descrito na literatura (NORDON; HUBNER, 2009). Ainda, outro estudo aponta que o fato de mulheres consumirem mais tais medicamentos se deve a maior preocupação desta população com sua própria saúde e a conseqüente busca por serviços de saúde (FIRMINO, et al., 2012). Também se pode dizer que mulheres apresentam duas vezes mais chance de apresentar formas de sofrimento do que os homens, isso se deve provavelmente a questões de gênero (papéis sociais da mulher e do homem) e não somente a diferença biológica de sexo. Ainda estudos apontam que a vulnerabilidade das mulheres ao adoecimento mental é ainda mais prevalente entre as que se declaram como negras e pardas (BRASIL, 2013).

A faixa etária de 50 anos encontrada neste estudo corrobora com algumas já reportadas na literatura, no entanto apresenta forte tendência para aumento na população idosa (POYARES, 2003). Estudos a nível mundial revelam que na França a prevalência do uso de benzodiazepínicos é de 30% em pessoas com 65 anos ou mais, já no Canadá e Espanha este dado é de 20% e aproximadamente 15% fazem uso na Austrália. Em contrapartida dados apontaram que na Inglaterra e Estados Unidos a utilização do benzodiazepínico é menor na população idosa. Por fim, as pesquisas descrevem que dois em cada dez idosos fazem uso prolongado do benzodiazepínico, mesmo sendo contraindicado (SOUSA; CAVALCANTE; MENDES, 2016). Para idosos, a orientação, segundo o critério Beers, é que os

benzodiazepínicos sejam evitados, em especial os de meia-vida longa, pois estes são eliminados do organismo num período maior e ainda mais capazes de causar efeitos adversos (GRIFFIN, et al., 2013).

Mulheres, casadas, brancas com baixa escolaridade constituem o perfil de usuários de benzodiazepínicos identificados neste estudo. Estas mesmas características estão evidenciadas numa pesquisa realizada no Ambulatório Municipal de Saúde Mental de Sorocaba/SP, entre março e novembro de 2013 o qual identificou que a maioria era composta por mulheres, casadas, que apresentaram histórico familiar de transtornos mentais e uso de benzodiazepínico, ainda não realizavam acompanhamento com psicólogo, utilizavam outros psicotrópicos concomitantes em especial os antidepressivos, além de polifarmácia (NALOTO, et al., 2016).

Percebe-se ainda nesta pesquisa, que a maioria da população estudada não está inserida no mercado de trabalho. Num estudo com resultado semelhante, evidenciou-se que a falta de inserção profissional agrava os quadros de doenças mentais, pois geram frustrações e dificuldades sociais (LUDERMIR; MELLO, 2002).

A baixa renda familiar também desponta como um importante fator de risco a doenças mentais. No Brasil, pesquisas demonstraram que a baixa escolaridade e menor poder aquisitivo são gatilhos para o uso de benzodiazepínicos. (PATEL, 2003; LORANT, 2003). Ainda com relação à renda familiar, está descrito na literatura um estudo realizado em uma farmácia comunitária no município de Viçosa do Ceará-CE nele demonstra que a maioria (45,45%) dos entrevistados apresentou baixa renda familiar, ou seja, menos do que um salário mínimo (LEANDRO, et al, 2017) esse dado é confirmado por Gomes (2015) que traz (37,3%) dos usuários de benzodiazepínicos com baixa renda familiar.

Quanto às práticas de atividades físicas no tempo livre ficou evidenciado que apenas uma pequena parcela pelos entrevistados realiza. Vale ressaltar que a ESF campo desta pesquisa, possui uma academia ao ar livre, onde é ofertada grupo de atividade física duas vezes na semana. A literatura aponta, com propriedade, os benefícios para a saúde da atividade física, e também suas implicações psicológicas positivas, como na ansiedade, depressão e alguns estados negativos do humor. Importante frisar que o benzodiazepínico pode abreviar a sarcopenia, processo fisiológico que acontece nas pessoas com o envelhecimento e que se caracteriza pela perda de massa muscular (PEIXOTO, et al, 2012). A atividade física poderia desempenhar um papel importante na manutenção da capacidade de realizar as atividades de vida diária, na prevenção de doenças como a osteoporose, depressão, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II (MENDOÇA, et al., 2008).

Com relação ao consumo de álcool, apenas um usuário informou utilizar de forma

regular. Esta informação deve ser interpretada de forma positiva. A orientação médica quanto à interação prejudicial do álcool com o benzodiazepínico, também é muito importante, uma vez que pode ocorrer depressão respiratória grave e fatal pelo sinergismo do efeito depressor (RANG, et al.,2011). Estudos revelam que a orientação quanto ao não uso do álcool associado ao medicamento geralmente é reforçado nas condutas médicas, conforme mostra uma pesquisa realizada em Curitiba com 120 usuários onde evidenciou que 38% destes recordaram-se, espontaneamente, de ter recebido, pelo menos uma de orientação médica em não consumir bebidas alcoólicas (24%) e alertando os riscos da dependência (13%) (AUCHEWSKI, et al., 2004).

Na população pesquisada, o uso do tabaco apresentou uma baixa prevalência, dado importante, pois pode inferir a conscientização quanto aos malefícios do uso do mesmo por parte dos usuários. Cabe destacar que a equipe de saúde da ESF o qual estão vinculados os usuários incluídos nessa pesquisa realiza atividades de educação em saúde com constituição de grupos anuais com atividades de conscientização e orientações para cessação de tabagismo.

Por outro lado, historicamente a humanidade utiliza substâncias que alteram o sistema nervoso central a fim de promover satisfação e a aparente resolução dos problemas cotidianos, portanto, diante deste contexto, também pode hipotetizar-se que o tabaco pode estar sendo substituído pelo benzodiazepínico (FORSAN, 2010).

A percepção negativa quanto à qualidade da saúde e sono foi evidenciada neste estudo. Fato sugestivo de que o benzodiazepínico pode ser meramente uma saída encontrada erroneamente e “mágica” para os problemas do cotidiano (FELIZARDO, 2014).

De tal modo, o ideal seria, que antes de prescrever estes medicamentos para reduzir a sintomatologia ocasionada pela de ansiedade e insônia, o profissional prescritor ofertasse alternativas terapêuticas, as quais estão disponíveis em algumas ESF de todo o território brasileiro como: os exercícios físicos em grupo, hidroginástica, as caminhadas tanto individuais quanto coletivas, os grupos de autoajuda de saúde mental, as práticas integrativas e complementares (auriculoterapia, reiki, entre outras) e artesanato, estas técnicas vem sendo muito utilizadas na atenção primária para o alívio desses sintomas (FELIZARDO, 2014). O estudo de Vasquez, Santos, Carvalho (2011) pode ser citado como exemplo, pois após uso do Reiki se observou melhora significativa da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, também houve redução da dor em pacientes em tratamento de câncer, por fim outros fatores avaliados como os psicológicos e comportamentais, onde constatou redução de ansiedade, melhora da alteração de humor e da agitação (RAMADA ALMEIDA; CUNHA, 2013; MARTA, et al., 2010; FREITAG, et al., 2014). Complementarmente um estudo de Costa

(2015) relata que a atividade física possui a função de regular a produção e liberação de hormônios como: serotonina, endorfina e dopamina, entre outros, que em níveis fisiológicos atuam na melhora do humor e do bem-estar, diminuindo, portanto os sintomas de depressão e ansiedade. Caso haja insucesso nas tentativas alternativas, optar pela prescrição do medicamento, no entanto preferencialmente não iniciar com um agente farmacológico da classe dos BZDs (FELIZARDO, 2014).

Em contrapartida, a avaliação da autopercepção de bem-estar apresentou resultado positivo pela maioria da população estudada. Por ser um conceito de alta complexidade e dinâmico, os dispositivos que afetam o bem-estar da população, muitas vezes, são de difícil compreensão e pouco explorados. Essencialmente, o bem-estar é multifacetado e compõem diversos aspectos de saúde física e mental, apoio social nas relações e resiliência nos momentos de estresse (MCDOWELL, 2010). Estudos realizados na Inglaterra reforçam a importância da utilização de instrumentos para avaliações de satisfação de vida e de felicidade dos usuários como apontadores de bem estar populacional (SEYMOUR, 2007). Na realidade brasileira observam-se poucas pesquisas dedicadas a trabalhar este tema (SILVA, et al., 2007; HALLAL, et al., 2010). Literaturas diversas enfatizam que há uma forte ligação entre a felicidade e bem-estar, pois ambas possuem o mesmo conceito.

Os achados evidenciados em nosso estudo demonstraram que as comorbidades mais frequentes foram ansiedade seguida de depressão, ambas justificam o uso dos benzodiazepínicos dispensado na farmácia básica da ESF (Clonazepam e Diazepam). A literatura demonstra que falhas na terapêutica dos transtornos de ansiedade e depressão ocorrem tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (CALCATERRA; BARROW, 2014). Ainda na problemática da ansiedade e depressão, estudos demonstram que os benzodiazepínicos possuem limitações na sua ação referente à sintomatologia, não sendo considerados antidepressivos, e não recomendado o uso enquanto monoterapia, especialmente em sintomas de ansiedade (BALDWIN et al., 2013; LADER, 2011). Retomando a variável da qualidade do sono, vista como negativa pelos entrevistados desta pesquisa, segundo a literatura pode-se associar a depressão com a insônia, pois em diversos estágios de transtornos depressivos ocorrem os distúrbios do sono e estes acabam deflagrando do uso dos benzodiazepínicos, que posteriormente mal manejados causam inúmeros problemas (VIANNA, et al, 2013).

Uma alta prevalência de outras comorbidades como hipertensão, diabetes, excesso de peso foram autorrelatadas neste estudo. Conforme Scalercio (2017) revelou a presença de comorbidades físicas em 60,2% dos pacientes em estudo que avaliou o uso de

benzodiazepínicos no serviço de atenção primária do SUS no município de São José dos Pinhais no estado do Paraná. Desse total, 55,3% apresentavam apenas uma comorbidade, 26% duas comorbidades e 18,7% três comorbidades. A população em geral também apresenta grande prevalência dessas comorbidades sendo assim fator desencadeante de sofrimento físico e psicológico, e possivelmente do uso prolongado de benzodiazepínicos.

Na caracterização de outros estudos, indivíduos também referiram possuir alguma comorbidade, o que traz preocupações pela possibilidade de interações medicamentosas e consequentemente agravos causados pelo uso do BZD (FILHO, et al; , 2011).

Com relação à forma de avaliação dos transtornos mentais através do uso de escala, Bernik (1998) relata que antes do surgimento destas escalas a melhor forma de avaliação dos fenômenos psiquiátricos ocorria através da observação cuidadosa, uma detalhada anamnese e exame mental completo. A escala escolhida adequou-se a este estudo, pois foi elaborada para medir a gravidade do nível de ansiedade, sendo aceita como um excelente instrumento para determinar a eficácia de diversos tratamentos voltados para a saúde mental.

Da amostra deste estudo, segundo resultado da escala de ansiedade de Hamilton, 48,6% da população apresentou ansiedade grave. Os transtornos de ansiedade estabelecem uma relevante problemática de saúde mental que acomete uma significativa parcela da população, necessitando de abordagem integral de todo o profissional da saúde (KUMMER; CARDOSO; TEIXEIRA, 2010).

Desde 1959, data da elaboração da Escala de Ansiedade de Hamilton, ela é mundialmente uma das mais empregadas no ambiente psiquiátrico. É composta de 14 perguntas, com um escore para cada uma delas que varia de 0 a 4, e um escore total que varia de 0 a 56. Quanto mais alto for o escore maior será o grau de ansiedade do paciente. Trata-se de um instrumento rápido, de fácil aplicação e interpretação, que vem amplamente sendo utilizada na prática clínica para avaliação inicial dos pacientes com transtorno de ansiedade. Através dela é possível quantificar a intensidade da ansiedade, bem como a avaliação das respostas aos tratamentos propostos (KUMMER; CARDOSO; TEIXEIRA, 2010).

A ansiedade patológica pode ser considerada quando uma emoção se torna desagradável e incômoda, mesmo na ausência de motivo aparentemente apropriado ou proporcional para explicá-la. Geralmente a intensidade, duração e frequência estão em níveis elevados e há prejuízo no das atividades sociais e profissionais da pessoa (CARDOZO et al., 2016).

Diferentemente deste cenário relatado, em outro estudo realizado com 14 idosos de uma Instituição de Longa Permanência, mostrou que todos os idosos apresentavam algum nível de ansiedade, classificados em: 64,29% (nível leve); 28,57% (nível moderado); 7,14% (nível intenso), ainda o mesmo estudo destacou a importância do enfermeiro na detecção da ansiedade

desta população (LUNA, 2008). Em outra pesquisa com 87 pacientes atendidos pela primeira vez na Liga da Cefaleia da Faculdade de Medicina de Marília, São Paulo com diagnóstico de enxaqueca e sem enxaqueca no ano 2000 demonstrou os seguintes resultados na escala HAM-A: sem ansiedade 18,4%, ansiedade menor 31%, ansiedade maior 50,6%, resultado o qual corrobora com a pesquisa demonstrada aqui (NOVARETI, et al., 2004). Em contrapartida, a escala de ansiedade foi utilizada em uma pesquisa realizada com 50 mulheres portadoras de Lúpus Eritematoso Sistêmico, sendo que nesta verificou que nenhuma participante pontuou de forma significativa (AYACHE, 2009).

Na análise da escala do resultado estratificada por sexo, observa-se que apesar das mulheres serem mais acometidas pela ansiedade, os homens possuem maior gravidade nos quadros ansiosos. Com relação a este fato, nada foi identificado na literatura. O que fica evidente nas pesquisas é que as mulheres possuem uma probabilidade duas vezes maior de preencherem os critérios para transtornos de ansiedade, além disso, as mesmas relatam maior gravidade dos sintomas e tendem a apresentar com mais frequência uma ou mais patologia psiquiátrica em comparação aos homens (BALLONE, 2005).

Um estudo buscou analisar quantitativamente a ansiedade em uma população de vertiginosos, sendo que a amostra foi composta de 19 (76%) mulheres e 6 (24%) homens. 77,7% deles foram considerados ansiosos moderados/ graves, entre eles 12 mulheres e 2 homens. Com base nos resultados da pesquisa, pode-se verificar que a prevalência dos distúrbios de ansiedade é alta (72%) em ambos os sexos quando em associação à queixa clínica de tontura (BERNICK, 1998).

Quando analisada a faixa etária da população em estudo, o resultado reforça a literatura, onde mostra que idosos possuem maior tendência a desenvolverem a ansiedade e nesta pesquisa mostrou-se que esta problemática apresenta-se de forma moderada/grave. É importante destacar que o uso de benzodiazepínicos por pacientes idosos é contra indicada, pois pode causar aumento da sedação e conseqüentemente as quedas e desenvolvimento de demências (DELL'OSSO, et al, 2015).

Em nosso conhecimento, esse é um dos primeiros estudos a investigar uma amostra de usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde incluindo uma ampla gama de variáveis que englobam desde características sociodemográficas, de trabalho, hábitos de vida e indicadores de saúde física e mental em um município de pequeno porte no Norte do Rio Grande do Sul. Os dados aqui evidenciados contribuem para a identificação dessa problemática de modo que se espera que as características aqui evidenciadas sirvam como subsidio para a equipe implementar ações e estratégias direcionadas aos grupos de maior risco. No entanto, algumas

limitações devem ser apontadas. O pequeno tamanho de amostra desse estudo não permite a realização de análises de associação e estimativas entre a prevalência de ansiedade moderada a grave e os fatores associados, em virtude do baixo poder estatístico. De qualquer modo, estudos descritivos constituem-se como um delineamento epidemiológico importante para análises exploratórias o qual geram hipóteses que futuramente devem ser testadas em estudos com maior tamanho de amostra e representatividade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse estudo pode-se concluir que o uso do benzodiazepínico é caracterizado por mulheres com idade inferior a 60 anos, com cor da pele branca, casadas, com mais de dois filhos, com escolaridade menor ou igual há oito anos de estudo, renda familiar entre 1500 e 2090 reais, sem uma atividade ocupacional ativa. Ainda esta pesquisa revelou que a maior parte não possui hábito da prática de atividade física e não consomem álcool ou tabaco. Sobre a percepção de alguns indicadores de saúde os resultados demonstraram que em torno de 3/4 da amostra percebem negativamente a saúde e a qualidade do sono. Por outro lado, mais de 50% dos entrevistados visualiza como positivo o seu bem-estar. Outro resultado evidenciado neste estudo refere-se à presença de comorbidades, onde a ansiedade e depressão alcançaram índices elevados.

Com os achados reportados a partir desse trabalho, espera-se dar visibilidade quanto ao perfil da população que utiliza benzodiazepínicos de forma a qualificar e fortalecer a capacidade individual e coletiva das equipes de saúde buscando uma melhora na qualidade de vida destes indivíduos. Ainda, essa pesquisa buscou trazer relevância sobre o tema à APS e também colaborar com a literatura já existente, a fim de apontar a necessidade de futuros estudos que abordem além de outras questões, o uso irracional deste medicamento, suas implicações no consumo e o papel do prescritor e da equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA Jussara Mendonça, et al. Estudo de base populacional sobre condições de saúde associadas ao uso de benzodiazepínicos em idosos (Projeto Bambuí). **Cadernos de Saúde Pública**. V 25, n 3, p. 605 – 612, 2009.

ÁLVARES, Juliana. Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: Método. **REVISTA Saúde Pública**. 2017. Disponível em

<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007027.pdf>. Acesso em 13 de setembro de 2020.

AUCHEWSKI, Luciana et al. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. **Revista Brasileira Psiquiatria**. V. 26, n. 1, p. 24-31, 2004.

AYACHE, Danusa Céspedes Guizzo; COSTA, Izaías Pereira da. Traços de personalidade e suas alterações em mulheres com lúpus. **Revista Brasileira de Reumatologia**. V.49, n.6, p.643-657, 2009.

BALDWIN, David. et al. Benzodiazepines: Risks and Benefits. The reconsideration. **Journal of Psychopharmacology**. V. 27, n. 11, p. 967–71, 2013.

BALLONE, G. J. **Ansiedade**. 2005. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/>>. Acesso em 23 de setembro de 2020.

BERNIK M.A, et al. Perfil de uso e abuso de benzodiazepínicos em pacientes psiquiátricos e não psiquiátricos. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**. V. 40, 1991.

BERNIK, Márcio Antnini. Dificuldades na utilização de escalas de avaliação de sintomas ansiosos em psicofarmacologia clínica e experimental. **Revista Psiquiatria Clínica**. V. 25, n 6, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica, Série E. Legislação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, p. 244, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_promocao_saude_4ed.pdf> Acesso em: 08 de agosto de 2020.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**. V. 2, 2011, 9p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº344 de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm>. Acesso em: 15 de setembro de 2020.

_____. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BROWN D. R.; MORGAN W. P.; RAGLIN J. S. Effects of exercise and rest on the state anxiety and blood pressure of physically challenged college students. **J Sports Med Phys Fitness**. 1993.

CALCATERRA, Nicholas; BARROW, James. Classics in Chemical Neuroscience: Diazepam (Valium). **ACS Chemical Neuroscience**. V. 5, n. 4, p. 253–60, 2014.

CARDOZO, Maira Quadros, et al. Fatores associados à ocorrência de ansiedade dos acadêmicos de biomedicina. **Revista Saúde e Pesquisa**. V. 9, n. 2, p. 251-262, maio/agosto, 2016.

COSTA, S.O. **Efeitos do exercício físico sobre a saúde mental e corporal**. 2015. Disponível em: http://www.unirio.br/cecan/arquivos/ARTIGO_EfeitosAtividadeFisica.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2020.

DELL’OSSO, Bernardo. et al. Bridging the gap between education and appropriate use of benzodiazepines in psychiatric clinical practice. **Neuropsychiatr Dis Treat**. V. 11, p. 1885-909, julho, 2015.

FELIZARDO, Oliveira. **Plano de intervenção para redução do uso inadequado de benzodiazepínicos do Município de Mirai/MG**. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Mirai, 2014.

FILHO, Paulo Celso Prado Telles, et al. Utilização de benzodiazepínicos por idosos de uma estratégia de saúde da família: implicações para enfermagem. **Escola Anna Nery**. V.15, n.3, julho, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000300020&script=sci_arttext> Acesso em: 30 de agosto de 2020.

FIRMINO, Karleyla Fassarella. **Benzodiazepínicos: um estudo da indicação/prescrição no Município de Coronel Fabriciano**. 2008, 108 p. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2863.pdf>>. Acesso em: 25 de setembro de 2020.

FIRMINO, Karleyla Fassarella, et al. Utilização de benzodiazepínicos no Serviço Municipal de Saúde de Coronel Fabriciano, Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 17, n. 1, p. 157– 166, 2012.

FORSAN, Maria Aparecida. **O uso indiscriminado de benzodiazepínicos: uma análise crítica das práticas de prescrição, dispensação e uso prolongado**. 2010, 26 p. Trabalho de conclusão (Especialização). – Universidade Federal de Minas, Campos Gerais, 2010. Disponível em:< <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0649.pdf>> Acesso em: 19 de setembro de 2020.

FORTE E. B.. **Perfil de consumo dos medicamentos psicotrópicos na população de Caucaia**. 2007, 38 p. (monografia- especialização em Assistência Farmacêutica). Escola de Saúde Pública, Fortaleza-Ceará. 2007.

FOSCARINI Priscila Tonial. **Benzodiazepínicos: uma revisão sobre o uso, abuso e dependência**. 2010, 34 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia), Faculdade de Farmácia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

FOURRIER, Annie. et al. Benzodiazepine use in an elderly community-dwelling population.

European Journal of Clinical Pharmacology. V. 57, n. 5, p. 419–425, 2001.

FREITAG, Vera Lucia, et al. Benefits of Reiki in older individuals with chronic pain. **Texto & Contexto – Enfermagem**. V. 23, n. 4, p.1032-1040, dezembro, 2014.

GOMES, Bruna Vieira. **O consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por mulheres na Estratégia Saúde da Família**. 2015. 107 p. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Curso de Medicina Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2015.

GRIFFIN Charles, et al. Benzodiazepine Pharmacology and Central Nervous System – Mediated Effects. **The Ochsner Journal**, p. 214-223, 2013.

HALLAL, Pedro. C. et al. Well-being in adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Cadernos de Saúde Pública**. V.26, n.10, p. 1887-1894, 2010.

HAMILTON, Max. The assessment of anxiety states by rating. **British Journal of Medical Psychology**. V. 32, n 1, p. 50-55, abril, 1959.

KUMMER, Arthur; CARDOSO, Francisco; TEIXEIRA, Antonio Lucio. Generalized anxiety disorder and the Hamilton Anxiety Rating Scale in Parkinson’s disease. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. V.68, n4 p. 495-501, 2010.

LADER, Malcolm. Benzodiazepines Revisited – Will We Ever Learn? **Addiction**. V. 106, n. 12, p. 2086–2109, 2011.

LARANJEIRA, Ronaldo; CASTRO, Luís Antônio. **Potencial de abuso de benzodiazepínicos**. São Paulo (SP): Edusp, p.187-198, 1999.

LEANDRO, Inara Araújo et al. **Caracterização do perfil de consumo de benzodiazepínicos em uma farmácia comunitária de Viçosa do Ceará – CE**. 2017. Disponível em: <https://unifor.br/documents/392178/805154/simposiocienciasmedicas2017_artigo38.pdf/9cf3bc7b-c47a-caee-0381-20472847d680>. Acesso em: 26 de agosto de 2020.

LORANT, Vincent; DELIÉGE, Denise. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. **American Journal of Epidemiology**. V. 15, n. 2, p. 98-112, 2003.

LUDERMIR Ana Bernarda; MELO Filho Djalma de. Condições de vida e estrutura ocupacional associada a transtornos mentais comuns. **Revista Saúde Pública**. V. 36, n 2, p. 213-21, 2002.

LUNA Karínthea Kerlla Gonçalves Pereira. **Avaliação psicossociológica em idosos institucionalizados**. 2008, 105 p.. Dissertação (Mestrado de Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

MARTA, Ilda Estefani Ribeiro, et al. Efetividade do toque terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. **Rev Esc Enferm**. V. 44, N 4:1100-1106, 2010. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 24 de agosto de 2020.

MCDOWELL, Ian. Measures of self-perceived well-being. **Journal of Psychosomatic Research**. V.69, n.1, Jul., p. 69-79, 2010.

MENDES Cíntia Maria de Melo, et al. Perfil socioeconômico da automedicação em Teresina. **Revista Interdisciplinar**. V. 7, p. 115–23, 2014. Disponível em: < https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/66/pdf_165>. Acesso em: 20 de setembro de 2020.

MENDONÇA, Reginaldo Teixeira, et al. Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. **Saúde e Sociedade**. V. 17, n. 2, p. 95–106, 2008.

MEZZARI, Renata; ISER, Betine Pinto Moehlecke. Desafios na prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde. **Revista da AMRIGS**. V. 59, n. 3, p. 198–203, 2015.

NALOTO, Daniele Cristina Comilo, et al. Prescrição de benzodiazepínicos para adultos e idosos de um ambulatório de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 21, n. 4, Ripo de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000401267>. Acesso em: 20 de setembro de 2020.

NORDON, David Gonçalves; HÜBNER, Carlos Von Krakauer. Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. **Diagnóstico Tratamento**. V. 14, n. 2, p. 66-69, 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0004.pdf>>. Acesso em: 19 de setembro de 2020.

NOVARETTI Tânia Maria da Silva, et al. Incidência de transtornos ansiosos e depressivos nos pacientes atendidos na Liga de Cefaléia da Faculdade de Medicina de Marília. **Migrêneas e cefaléias**. V. 7, N. 1, P. 8-12, 2004. Disponível em: <<https://headachemedicine.com.br/materias/ARTIGO%20ORIGINAL%20-%20Incid%C3%Aancia%20de%20transtornos%20ansiosos%20e%20depressivos%20nos%20pacientes%20atendidos%20na%20Lig.pdf>>. Acesso em: 19 de setembro de 2020.

PATEL, V. Mental health services in primary care in developing countries. **World Psychiatry**. V. 1, n. 2, 2003.

PEIXOTO, JESSICA SERENO, et al. Riscos da interação droga-nutriente em idosos de instituição de longa permanência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. V. 33, n. 3, p. 156-164, 2012. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/23893>>. Acesso em: 22 de setembro de 2020.

PEREIRA, Alexandre de Araújo; VIANNA, Paula Cambraia de Mendonça. **Saúde Mental**. 2. Ed Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Município de Marau, Rio Grande do Sul**. 2014. Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br/>>. Acesso em: 08 de Agosto de 2020.

POYARES Dalva, et al. Chronic benzodiazepine usage and withdrawal in insomnia patients. **Journal Psychiatr Res**. V. 38, n. 3, P. 327-334. 2003.

POYARES, Dalva, et al. Hipnoindutores e insônia. **Revista Brasileira Psiquiatria**. V. 27, n. 1, p. 2-7, 2005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-44462005000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 de setembro de 2020.

RAMADA, Nadia Christina Oliveira; ALMEIDA, Fabiane de Amorin; CUNHA, Mariana Lucas da Rocha. **Toque terapêutico**: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. 2013. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/2530-421-425_PORT.pdf>. Acesso em: 25 de agosto de 2020.

RANG, Humphrey P., et al. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora LTDA, 2011.

RODRIGUES, Patrícia Silveira, et al. Uso e fontes de obtenção de psicotrópicos em adultos e idosos brasileiros.. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001104601&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 de setembro de 2020.

SCALERCIO, Priscila Lima de Araújo. **Avaliação do uso de benzodiazepínicos em um município de médio porte do Estado do Paraná**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2017.

SEYMOUR, Linda. Health, wealth and the pursuit of happiness. **The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health**. V.127, n.2, p. 61-2, março, 2007.

SGNAOLIN, Vanessa, et al. Patterns of chronic benzodiazepine use in the elderly. **Archives of Clinical Psychiatry**. São Paulo, v. 43, n. 4, p. 79–82, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832016000400079&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 18 de setembro de 2020.

SILVA, Ricardo Azevedo da, et al. Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 23, n. 5, p. 1113-1118, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n5/13.pdf>>. Acesso em: 15 de setembro de 2020.

SOUSA, Aldimar Batista de; CAVALCANTE, Priscilia Basílio Ferro Gomes; MENDES, Cíntia Maria Melo. Estudo da prescrição de benzodiazepínicos pelos médicos da estratégia de saúde da família de Teresina, Piauí. **Revista Interdisciplinar**. V. 9, n. 3, p. 26-35. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/719>>. Acesso em 20 de setembro de 2020.

VASQUEZ, Cristiane Inocência; SANTOS, Daniella Soares dos; CARVALHO, Emília Campos de. Tendências da pesquisa envolvendo o uso do toque terapêutico como uma estratégia de enfermagem. **ACTA Paulista de Enfermagem**. V. 24, N. 5, P. 714-714, 2011. Disponível em: <<https://acta-ape.org/article/tendencias-da-pesquisa-envolvendo-o-uso-do-toque-terapeutico-como-uma-estrategia-de-enfermagem/>>. Acesso em: 23 de setembro de 2020.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do benzodiazepínico, tema abordado ao longo deste estudo, tem grande relevância no atual contexto em que a sociedade está inserida. As doenças mentais, cada vez mais presentes na vida da população, permanecem rodeadas de estigmas e vistas como menos real ou legítima que a doença física, o que acaba gerando, por vezes, agravamento do quadro patológico e dificuldade no manejo por parte dos profissionais da saúde.

Através deste artigo, foi possível identificar as características dos usuários de benzodiazepínicos dispensados pela farmácia básica existente na ESF. Os dados deste estudo poderão subsidiar um potente diálogo entre a equipe e a população para planejamento de futuras ações multidisciplinares e intersetoriais voltadas para o público que utiliza os benzodiazepínicos ou outros medicamentos que tratam de patologias mentais, bem como fortalecer a promoção e prevenção de transtornos mentais em todos os ciclos vitais, incentivando hábitos como: adoção de padrões de sono saudáveis, exercícios físico regulares, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e resolução de problemas, medidas para cuidar das emoções, vínculo na família, escola e comunidade.

Ressalta-se que esta pesquisa não se esgota e deve ser a base para repensar a saúde mental na Atenção Primária a Saúde, pois o território da ESF fornece inúmeras possibilidades de intervenções.

O Sistema Único de Saúde vem enfrentando, dia após dia, um retrocesso importante, por esse motivo, o protagonismo da equipe junto à comunidade fortalece e reafirma a saúde como um direito conquistado através de muito debate e luta. Evitar que seja desconstruído é uma obrigação de todos.

Por fim, destacar o quão valiosa é a formação ensino e serviço ofertado pelo Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal da Fronteira Sul campus Passo Fundo, pelo cuidado que tem com cada parte do processo, favorecendo uma experiência única ao residente e formando profissionais qualificados com excelência para o trabalho no SUS.

ANEXO A – Parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisas (CEP)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EFEITOS DO REIKI EM DESFECHOS CLÍNICOS E DE SAÚDE EM USUÁRIOS DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Pesquisador: SHANA GINAR DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25063819.3.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.810.260

Apresentação do Projeto:

Trata de reapresentação de projeto de pesquisa em que permaneceram pendências éticas de acordo com o parecer nº 3.804.620

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a efetividade do Reiki em desfechos clínicos e de saúde em usuários que fazem uso de benzodiazepínicos fornecidos pela farmácia básica em um Estratégia Saúde da Família no município de Marau-RS.

Objetivo Secundário:

Analisar desfechos clínicos como o grau de ansiedade, dosagens e benzodiazepínicos em uso antes e após 6 sessões de Reiki ao comparar o grupo intervenção ao grupo controle. Investigar a percepção da qualidade de vida, qualidade do sono, de saúde e de bem-estar antes e após as 6 sessões de Reiki. Averiguar as sensações físicas e emocionais produzidas durante a aplicação do Reiki no grupo intervenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: existe o risco mínimo de identificação dos usuários. Visando minimizar este risco, os nomes serão substituídos por números na ficha de transcrição de dados. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. Destaca-se que por se tratar de um estudo randomizado alguns participantes não farão parte do grupo intervenção no momento do estudo, e este fato poderá causar insatisfação no usuário, para minimizar este risco e atender as questões éticas, a pesquisadora destaca que será ofertado sessões de Reiki para os participantes do grupo controle que assim desejarem logo após o término do estudo. Existe também o risco de desconforto emocional ou medo durante a aplicação do Reiki. Com o objetivo de minimizar este risco, será explicado com clareza e vocabulário simples o que é o Reiki e também será reforçado junto ao participante que a pesquisa não é obrigatória e que ele poderá desistir de participar a qualquer momento. A equipe de pesquisa aplicará a técnica e os questionários de forma reservada, visando garantir a privacidade ao participante. Caso o risco se concretize, a equipe estará à disposição para uma escuta qualificada, buscando avaliar os eventos ocorridos, e se necessário realizar encaminhamento para atendimento especializado.

Benefícios: Como benefício direto destaca-se a melhora nas questões relacionadas à ansiedade e conseqüentemente na qualidade de vida e em outras dimensões de saúde do indivíduo proporcionadas pelo Reiki. Além disso, a população poderá ser beneficiada com os resultados à medida que os dados evidenciados nesse estudo podem subsidiar futuras intervenções e a inclusão das práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde oportunizando diferentes formas de cuidado. Para isso, a equipe de pesquisa fornecerá uma devolutiva às instituições envolvidas,

documentando os resultados obtidos na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora realizou as adequações éticas solicitadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa.

Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e

o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento “Deveres do Pesquisador”.

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a “central de suporte” da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1449967.pdf	21/01/2020 13:13:48		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Maciel_A_20jan2020.Pdf	21/01/2020 13:12:58	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Outros	2_Carta_Pendencias_21janeiro2020.pdf	21/01/2020 13:12:27	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_13122019.pdf	13/12/2019 23:02:20	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito

Outros	TCUDA.pdf	13/12/2019 11:46:46	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_dez13_2019.pdf	13/12/2019 11:36:24	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_SMS_Marau.pdf	08/10/2019 11:38:37	SHANA GINAR DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 25 de Janeiro de 2020

Assinado por:

Fabiane de Andrade Leite
(Coordenador(a))

ANEXO B – Normas da Revista Cadernos de Saúde Coletiva

Cadernos

Saúde Coletiva

São aceitos trabalhos em português, espanhol e inglês, para as seguintes seções:

Tipo de manuscrito	Palavras *	Tabelas e figuras	Resumo
Artigos originais **	4.000	5	Estruturado, até 200 palavras
Revisões sistemáticas/ narrativas/integrativas	4.500	5	Estruturado, até 200 palavras
Debate	6.000	8	Não estruturado, até 200 palavras
Artigos originais (Estudos qualitativos)	4.000	5	Não estruturado, até 200 palavras
Comunicação breve/Notas	2.000	2	Estruturado, até 200 palavras

* O número máximo de palavras não inclui o resumo, as tabelas e/ou figuras e referências.

** Artigos que apresentem resultados de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número de registro do ensaio. Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

Documentos necessários:

A folha de rosto deve conter:

- Título do trabalho na língua original e em inglês e, no caso de o artigo original ser em inglês, título também em português (até 50 palavras)
- Título resumido (até 50 caracteres)
- Nome dos autores
- ORCID dos autores
- Titulação dos autores
- Vínculo institucional dos autores
- E-mail do autor principal
- Agradecimentos. Pessoas ou Instituições que prestaram alguma colaboração ao

trabalho, mas que não preenchem os critérios de autoria (opcional).

Resumo

O resumo deverá apresentar de forma concisa a questão central da pesquisa, os métodos utilizados, os resultados e a resposta à questão central do trabalho (até 200 palavras).

Para as seções aplicáveis, o resumo deve ser estruturado em Introdução, Objetivo, Método, Resultados e Conclusão.

Todos os artigos submetidos em Português ou Espanhol deverão ter resumo na língua principal e sua tradução em Inglês (Abstract). No caso de artigo submetido em Inglês, o resumo deve ser apresentado também em Português.

Deverão também trazer um mínimo de 3 e um máximo de 5 palavras-chave, traduzidas em cada língua (key words, palabras clave), dando-se preferência aos Descritores para as Ciências da Saúde, DeCS (a serem obtidos na página <http://decs.bvs.br/>).

Documento de responsabilidade de autoria

É necessário o envio, no ato da submissão, do documento de responsabilidade de autoria, assinado por cada um dos autores. [Documento de responsabilidade de autoria \(link aqui\)](#)

Documento principal

O documento principal não pode conter identificação dos autores.

Deve-se iniciar o documento principal com o título do artigo, Resumo e Abstract, e palavras chave, nos dois idiomas. Em seguida, o texto do manuscrito, dividido em subitens.

Ilustrações: O número máximo de ilustrações deve seguir a tabela informada acima. Em caso de exceções do número de quadros, tabelas e/ou figuras (gráficos, mapas etc.), estas deverão ser justificadas por escrito, em anexo à folha de rosto).

Tabelas: As tabelas devem ser apresentadas no corpo do texto, no local em que devem ser inseridas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Deve ter título breve, com local e ano dos dados apresentados ano final do título.

Cabe ressaltar que a tabela deve ser autoexplicativa, evitando, desta forma, abreviações. As abreviações que forem necessárias, assim como outras notas explicativas, devem estar descritas na nota de rodapé da tabela, mesmo que já tenham sido citadas no texto.

Figuras: As fotografias, desenhos, gráficos, mapas, etc. devem ser citados como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. As legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi..

Equações: As equações deverão vir centralizadas e numeradas sequencialmente, com os números entre parênteses, alinhados à direita.

Referências: A norma adotada para elaboração das referências é Vancouver.

Submissão de manuscritos

O sistema que a revista utiliza para submissão dos artigos é o ScholarOne, que pode ser acessado pelo site <https://mc04.manuscriptcentral.com/cadsc-scielo>. Os autores deverão se cadastrar no sistema da revista para a submissão de manuscritos, que deverão ser enviados online. O acompanhamento do andamento dos manuscritos também deve ser feito por meio do sistema. Os contatos necessários com o autor serão realizados por e-mail.

Informações gerais

O periódico Cadernos Saúde Coletiva não cobra taxas para submissão e avaliação de artigos.

A aprovação dos textos implica na cessão imediata e sem ônus dos direitos autorais de publicação nesta Revista, a qual terá exclusividade de publicá-los em primeira mão. O autor continuará a deter os direitos autorais para publicações posteriores.

O endereço eletrônico da revista é: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/>. Dúvidas e comunicações deverão ser feitas pelo e-mail: cadernos@iesc.ufrj.br

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
Avenida Horácio Macedo, S/N, 21941-598
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
Tel.: (55 21) 3938-9494



cadernos@iesc.ufrj.br

