

**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

IZABEL MYCKILANE ALVES DE FARIAS

**INSERÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**NATAL/RN
2019**

IZABEL MYCKILANE ALVES DE FARIAS

INSERÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, na nucleadora Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Linha de pesquisa: Promoção da saúde

Orientador: Dr. Antônio Medeiros Júnior

NATAL/RN

2019

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Farias, Izabel Myckilane Alves de.

Inserção de práticas integrativas em atenção à saúde mental na atenção primária / Izabel Myckilane Alves de Farias. - 2019. 77f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Natal, RN, 2019.

Orientador: Antônio Medeiros Júnior.

1. Ansiedade - Dissertação. 2. Atenção primária à saúde - Dissertação. 3. Terapias complementares - Dissertação. I. Medeiros Júnior, Antônio. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

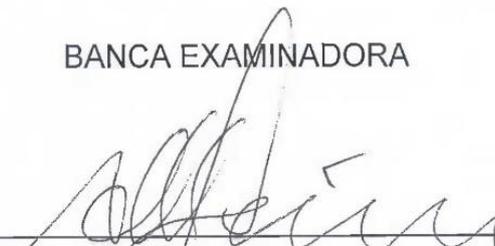
CDU 616.89-008.441

Izabel Myckilane Alves de Farias

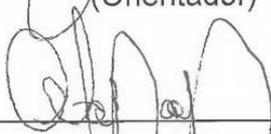
Inserção de práticas integrativas em atenção à saúde mental na atenção primária

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

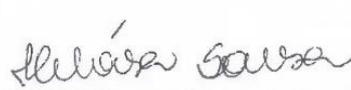
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Antônio Medeiros Júnior - UFRN
(Orientador)



Profª. Dra. Ana Tânia Lopes Sampaio - UFRN
(Membro Interno)



Profª. Dra. Heloísa Karmelina Carvalho de Sousa - FATERN
(Membro Externo à Instituição)

Natal, 23 de outubro de 2019.

AGRADECIMENTOS

Aos participantes da pesquisa por me permitir transformar em trabalho científico a prática na qual sempre acreditei, mas que necessitava de evidências.

Aos professores pela brilhante condução dos módulos do curso, tornando leve a jornada de um mestrado profissional.

Aos integrantes da 3ª turma do MPSF, por fazer dessa turma a melhor. Aprendi muito com vocês.

Ao orientador Prof. Dr. Antônio Medeiros Júnior, pela contribuição na minha formação.

À Profª Dra. Heloísa Karmelina Carvalho de Sousa, por aceitar prontamente o meu convite para participar da banca examinadora e pelas importantes contribuições ao trabalho e a querida Profª Dra. Ana Tânia Sampaio pelo incentivo e empolgação com que trata o tema e por ser um exemplo de humanidade por onde passa.

À Alexandre, meu esposo, pelo apoio constante e por acreditar em mim muitas vezes mais que eu.

Aos amigos Bruna Suellen, Ana Lícia, Milena, Gabriela, Marília, Aracelli, Renan, Odemir e Nayara, pelo companheirismo e auxílio em todas as horas.

À nossa Laura, pelo pronto atendimento sempre que solicitada.

A todos vocês, muito obrigada por contribuírem com a conclusão dessa etapa da minha vida.

RESUMO

O aumento em larga escala do número de pessoas acometidas por desordens de ansiedade, com sintomas afetando a qualidade de vida, chama a atenção para a necessidade de cuidados em saúde mental na atenção primária e as Práticas Integrativas e Complementares podem contribuir neste processo. Dessa forma, esta pesquisa tem por objetivo analisar a contribuição de práticas integrativas para um grupo terapêutico de sujeitos que se autodeclaram ansiosos. O estudo realizado é de natureza qualitativa, com abordagem de caráter descritivo-exploratório. Contou com a participação de 14 integrantes de um grupo terapêutico de pessoas com sintomas de ansiedade na faixa etária de 20 a 70 anos. Para coleta de dados foi utilizado um formulário de entrevista individual com intuito de construir o perfil dos participantes; o Inventário de Ansiedade de Beck, para avaliação dos sintomas dos usuários e; grupos focais antes e após a introdução das práticas integrativas para efeito comparativo das falas e verificação dos benefícios trazidos pela inserção das técnicas. Os dados foram analisados pela epidemiologia descritiva e pela análise de conteúdo de Minayo. Os resultados encontrados mostram que, apesar da tentativa de atenção integral oferecida pelos meios convencionais de atenção, ainda existia uma lacuna no grupo, a qual foi preenchida pela introdução das práticas integrativas. Outro fator importante é que, além de demonstrar os benefícios emocionais individuais e coletivos resultantes das práticas, a pesquisa chama a atenção para a possibilidade de redução do uso de medicamentos, por esse público, com a introdução de tecnologia leve e de baixo custo. Conclui-se, portanto, que a associação das práticas convencionais de grupos com as práticas integrativas e complementares, na atenção primária, favorecem novas possibilidades de integralidade e de aproveitamento dos privilégios para o cuidado em saúde mental nesse nível de atenção.

Palavras-chave: Ansiedade. Atenção primária à saúde. Terapias complementares.

ABSTRACT

The large increase in the number of people affected by anxiety disorders, with symptoms impacting quality of life, calls attention to the need for basic mental health care and integrative and complementary practices may contribute to this process. Thus, the aim of the present study was to analyze the contribution of integrative and comprehensive practices in a therapeutic group of subjects with self-reported anxiety. This is a qualitative study using a descriptive-exploratory approach. The sample consisted of 14 members of a therapeutic group aged between 20 and 70 years with symptoms of anxiety. Data collection used the Beck Anxiety Inventory to create a participant profile in order to assess the symptoms of users and focus groups before and after introducing integrative practices, compare the discourses and determine the benefits resulting from the techniques applied. The data were analyzed using descriptive epidemiology and content analysis proposed by Minayo. The results show that despite the attempt at offering comprehensive care via conventional means, there was still a gap in the group, which was filled through the introduction of integrative practices. Another important factor is that in addition to demonstrating the individual and collective emotional benefits of the practices, the study underscores the possibility of reducing the use of medication in favor of simple low-cost technology. It was concluded, therefore, that the association between conventional group practices and their integrative and complementary counterparts in primary care promotes new possibilities for integrality and improving basic mental care.

Keywords: Anxiety. Primary health care. Complementary therapies.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|-------|---|
| CAPS | Centro de Apoio Psicossocial |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| GF | Grupo Focal |
| HUOL | Hospital Universitário Onofre Lopes |
| IAB | Inventário de Ansiedade de Beck |
| NASF | Núcleo Ampliado de Saúde da Família |
| OE | Óleo essencial |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PEPIC | Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares |
| PICS | Práticas Integrativas e Complementares |
| PNPIC | Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFRN | Universidade Federal do Rio Grande do Norte |

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 13 |
| 2.1 | Objetivo geral..... | 13 |
| 2.2 | Objetivos específicos..... | 13 |
| 3 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 14 |
| 3.1 | Ansiedade..... | 14 |
| 3.2 | Trabalho com grupos..... | 15 |
| 3.3 | Políticas Nacional e Estadual de Práticas Integrativas e Complementares..... | 17 |
| 3.4 | Práticas Integrativas e Complementares (Auriculoterapia, Aromaterapia, Cromoterapia e Meditação)..... | 18 |
| 4 | CAMINHO METODOLÓGICO..... | 22 |
| 4.1 | Tipo de estudo..... | 22 |
| 4.2 | Cenário de ação e caracterização do grupo terapêutico..... | 22 |
| 4.3 | Sujeitos..... | 23 |
| 4.4 | Crerios de amostragem..... | 23 |
| 4.5 | Procedimentos e instrumentos para coleta de dados..... | 23 |
| 4.6 | Processamento e análise dos dados..... | 26 |
| 4.7 | Considerações éticas..... | 26 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 28 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 52 |
| | REFERÊNCIAS..... | 55 |
| | APÊNDICE – A..... | 59 |
| | APÊNDICE – B..... | 62 |
| | APÊNDICE – C..... | 64 |
| | APÊNDICE – D..... | 66 |
| | APÊNDICE – E..... | 67 |
| | ANEXO A..... | 75 |
| | ANEXO B..... | 76 |

1 INTRODUÇÃO

A reforma sanitária brasileira trouxe um novo olhar para as questões de saúde, analisando-as de todos os aspectos e permitindo a introdução de diversas formas de cuidado, com o intuito de atingir a integralidade. Dessa forma, possibilitou que as classes sociais menos favorecidas tivessem acesso à saúde de qualidade de forma democrática (ARAÚJO; PEREIRA, 2017).

Seguindo o curso das reformas, a psiquiátrica propôs mudanças com relação à prática de saberes e valores sócio-culturais no tratamento da saúde mental (BRASIL, 2005). A busca pela aproximação da saúde mental à atenção primária tem destaque nesse período. A criação dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) é um exemplo dessa transição da abordagem tradicional para uma forma diversa de cuidado (OLIVEIRA, 2017).

O fortalecimento da atenção primária com a Estratégia Saúde da Família (ESF) retrataria grande oportunidade para intensificar a atenção à saúde mental, mas, infelizmente, os problemas de saúde mental não figuraram como prioridade para os cuidados de atenção primária por muito tempo, apesar de se observar o rápido avanço das doenças psicológicas em todo o mundo. Independente do sexo, condição financeira ou idade, observa-se que queixas nesse sentido se propagam em larga escala e não vem se dando a devida relevância a esse aumento de casos. Com isso, não se percebe que a inserção da saúde mental nos cuidados primários é de extrema importância para a integralidade do cuidado (GRYSCHK; PINTO, 2015).

A exclusão da saúde mental nos aspectos de promoção da saúde se dá, em parte, por ainda constar no senso comum que os problemas mentais afetam apenas um pequeno grupo da população, mas na realidade um número alarmante de 60% das pessoas que procuram atendimento primário tem uma queixa nessa área que pode vir a ser um problema diagnosticável (OMS, 2008).

A despeito das evidências da alta prevalência de problemas mentais e dos estudos mostrarem que existem tratamentos efetivos que podem obter sucesso em cuidados primários, há negligência para essas questões, e isso ainda impõem custos substanciais aos indivíduos; família e; comunidade, por não permitir acesso a tratamento. Estudos recentes demonstram que a promoção da saúde de baixo custo pode ser inserida na atenção primária, como a utilização

de plantas medicinais, que de forma adequada e com conhecimento prévio e comprovado cientificamente, podem valorizar o conhecimento popular e proporcionar a prática do autocuidado, além de ser de fácil acesso, como é o caso do uso da camomila no tratamento da ansiedade (SOUSA *et al.*, 2018).

A ansiedade é um exemplo de problema mental com diagnóstico crescente. Segundo Fernandes *et al.* (2017), a ansiedade surge como um sentimento desagradável de medo, tensão, que quando passa a ser reconhecida como patológica, gera desconforto emocional intenso e prejudica diretamente a qualidade de vida do indivíduo portador e indiretamente de quem convive com ele (FERNANDES *et al.*, 2017).

De forma complementar a definição de Fernandes *et al.* (2017), Andrade *et al.* (2019) afirma que a ansiedade torna-se um problema clínico chamado de transtorno de ansiedade quando compromete a vida diária do indivíduo, prejudicando as suas atividades profissionais e sociais, envolvendo um grau de sofrimento e fuga de situações ou de coisas que ocupam grande parte do tempo, trazendo preocupações crônicas, não realistas e excessivas. Além disso, citam sintomas físicos e emocionais que estão presentes em casos de transtornos de ansiedade como: distúrbios do sono; irritabilidade; tensão muscular; dificuldade de concentração ou esquecimento repentino; medo; fadiga e; nervosismo por preocupações em exposição à situações que o indivíduo julga de difícil controle, o que muitas vezes o incapacita a realizar tarefas do dia a dia (ANDRADE *et al.*, 2019).

O aumento das queixas de ansiedade destaca a importância de um novo olhar para uma patologia, muitas vezes silenciosa para os profissionais da atenção primária, mas que causa um grande impacto na qualidade de vida das pessoas. A falta de conhecimento sobre as possibilidades de tratamento e sobre a importância da participação ativa do portador pode estar levando ao agravamento dos casos da epidemia. É preciso fazer uma busca dos usuários que enfrentam esse problema para ajudá-los e para fortalecer a relação deles com a atenção primária, nesse aspecto objetivando a promoção da atenção integral ao sujeito (CARVALHO; NÓBREGA, 2017).

A farmacoterapia é o primeiro tratamento oferecido aos doentes e embora haja evidência de sua eficácia em muitos casos, não se pode negar suas limitações, como: redução de adesão terapêutica devido aos efeitos secundários ou custo elevado. As terapias complementares aparecem como a versão oposta a isso, por ser uma opção mais natural e econômica, com efeitos secundários raros e com o adicional de se encontrarem disponíveis sem precisar necessariamente de uma prescrição médica. Entre elas: exercício físico; yoga; acupuntura; fitoterapia e; cromoterapia (PINTO, 2015).

A inserção das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no SUS é uma forma prática e viável de oferecer intervenção à saúde mental na atenção primária, já que são orientadas pelos seguintes princípios: escuta acolhedora, desenvolvimento do vínculo terapêutico, integração do ser humano com o ambiente e a sociedade, visão ampliada do processo saúde-doença e promoção global do cuidado humano (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016). Esta incorporação surge como recomendação da OMS (Organização Mundial de Saúde) em busca da promoção da cobertura universal da saúde por meio das PICS nos sistemas oficiais de saúde, e teve seu alicerce ainda nos anos 70 com o advento do Movimento da Reforma Sanitária brasileira. Ideia que foi reforçada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (Alma-Ata_1978) e VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual surgiram os primeiros debates sobre o conceito ampliado de saúde. As políticas de Práticas Integrativas e Complementares reforçam isso, trazendo a busca da integralidade da atenção, com ênfase na prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde na atenção primária (NELSON, 2019; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Ainda de acordo com Nascimento e Oliveira, os transtornos mentais se destacam nas demandas por PICS. Os autores constatam que as PICS grupais abrem possibilidades de problematização acerca da garantia da integralidade, numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa e criativa, que articula saberes, práticas, vivências e espaços de saúde, além de apresentar a possibilidade de contribuição para a desmedicalização, representando um passo a mais para o fortalecimento do SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

A troca de experiência em grupo possibilita o acesso a uma linguagem pessoal e simbólica, que é exterior ao corpo, provocando o mecanismo de identificação e ajuda

mútua entre seus integrantes e a resignificação dos problemas psicossociais e de saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Observando essa realidade, chegou-se à proposta de se investigar como a atenção primária poderia alavancar o atendimento a esses sujeitos. A ideia seria a utilização de técnicas que pudessem ser usadas em grupo e que amenizassem os sintomas de ansiedade, além de ser de baixo custo. A introdução de práticas integrativas e complementares ao grupo terapêutico que trata da ansiedade permitiria mais opções de atenção nesses casos e traria uma nova abordagem ao tema.

A motivação para trabalhar com esse tema se deu por saber da carência de atenção à saúde mental na atenção primária e pelo conhecimento dos benefícios individuais das práticas integrativas, vislumbrando nelas também um grande potencial para resultados em grupo, como uma terapêutica que possibilitaria o autocuidado, agindo na prevenção de danos causados pela ansiedade, se combatidos no tempo adequado, e impedindo o agravamento dos casos. Além de vivenciar a dificuldade dos profissionais desse nível de atenção em lidar com esse conteúdo.

Sendo assim, espera-se como resultado dessa pesquisa confirmar se as práticas integrativas utilizadas em grupo para os casos de ansiedade acrescentam vantagens à atividade coletiva, reduzindo os sintomas de ansiedade dos participantes do grupo terapêutico e trazendo algum diferencial para o grupo. Como impacto desse resultado esperado, têm-se a possibilidade de expansão das práticas integrativas e complementares para outros grupos, de maneira que possa fomentar a atenção à saúde mental na atenção primária, melhorando o acesso a esse tipo de tratamento, o qual possui um custo baixo por se tratar de uma tecnologia leve (MERHY, 2007) e de forma a estimular os profissionais de saúde a aumentar o campo de ação ao ampliar a visão para o cuidado holístico dos sujeitos.

Desse modo, a relevância acadêmica da pesquisa está no fato de se tratar da introdução de uma nova perspectiva de cuidado, a qual tanto se beneficiam usuários quanto profissionais. Traz-se a oportunidade de se testar uma forma de acelerar a promoção de saúde em um número maior de pessoas, num contexto de integralidade, dentro de um tema que merece destaque pelo crescimento acentuado de casos nos últimos anos.

Portanto, a pertinência dessa pesquisa parte da necessidade de possibilitar a vivência de práticas integrativas e complementares na atenção primária, principalmente na saúde mental como forma de auxiliar o cuidado nesses casos e de

testar a ação dessas técnicas utilizadas em grupo, sugerindo impacto em seu desempenho e permitindo aos usuários contato com formas de tratamento que antes não tinham acesso.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a contribuição de práticas integrativas inseridas em um grupo terapêutico de sujeitos que se autodeclaram ansiosos.

2.2 Objetivos Específicos

- Traçar o perfil clínico e sociodemográfico dos participantes do grupo terapêutico;
- Compreender a percepção dos usuários que se autodeclaram ansiosos sobre o grupo antes da introdução das práticas integrativas;
- Analisar se as práticas integrativas inseridas no grupo auxiliam na melhora dos sintomas desses portadores de ansiedade;
- Verificar se as práticas integrativas trouxeram algum diferencial para os participantes do grupo;
- Construir um produto que possa auxiliar profissionais a introduzir grupos de combate à ansiedade com a complementariedade das práticas integrativas em outras unidades de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Ansiedade

Considerada por especialistas como o mal dos tempos modernos, a ansiedade vem, de forma rápida, tomando conta do Brasil e do mundo. Subestimado por décadas, esse transtorno mental pode inviabilizar a vida social e profissional, mas poucas pessoas buscam tratamento para aliviar os sintomas antes que cheguem ao limite. Fato que se associa à dificuldade de acesso a esse tipo de tratamento (FONSECA, 2007; BRENTINI *et al.*, 2018).

Segundo a Previdência Social, os transtornos mentais já são a terceira razão de afastamento do trabalho no Brasil. Episódios depressivos, por exemplo, geraram 43,3 mil auxílios-doença em 2017, enfermidades classificadas como transtornos ansiosos afastaram 28,9 mil casos, o que reforça a importância de criar medidas de prevenção (BRASIL, 2015; BRASIL, 2018).

Em relação aos transtornos de ansiedade, pelo relatório de depressão e outros transtornos mentais da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2017, estima-se que atingiram 3,6% da população mundial em 2015, um aumento de 14,9% comparando com 2005. Esta patologia ocorre mais nas mulheres do que nos homens (4,6% x 2,6%), sendo esse um dado mundial. Nas Américas essa diferença é ainda maior, tendo-se 7,7% das mulheres contra 3,6% dos homens. O Brasil novamente é o país da América Latina que mais apresenta pessoas que sofrem com transtornos de ansiedade, sendo 9,3% da população (quase 1 a cada 10 brasileiros). Também lidera a lista mundial com 18,7 milhões dos 264 milhões de pessoas com transtorno de ansiedade, que inclui síndrome do pânico, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, desordens de estresse pós-traumático, ansiedade social e ansiedade generalizada. O relatório ainda apresenta os transtornos de depressão e ansiedade como principal causa de mortes por suicídio registradas em 2015, quando chegaram a cerca de 788 mil (WHO, 2017).

Irritabilidade, sudorese sem uma determinada causa prévia, agressividade, pensamentos de preocupação excessiva, temor antecipatório, medo de morrer, insônia, tristeza e sentimento depressivo, são alguns dos sintomas de quem convive com a ansiedade. Vão de níveis mais leves, associados aos aspectos da vida

cotidiana, aparecendo como um estado de alerta, ao mais intenso, como uma preocupação extrema, em que o paciente não pensa em outra coisa. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade são desproporcionais a real probabilidade e/ou impacto do evento temido. É comum a preocupação mudar de um foco para outro o que não reduz os impactos na vida diária. Isso afeta cotidianamente a rotina das pessoas no âmbito social, familiar afetivo e no trabalho. Além de trazer sofrimento psíquico, afeta também o grupo familiar. A ansiedade patológica desencadeia uma série de manifestações clínicas que podem interferir na vida profissional de quem porta esse transtorno, como estresse, preocupação excessiva, apreensão, inquietação no caso da ansiedade generalizada, dentre outros (FERNANDES *et al.*, 2017).

O curso do transtorno de ansiedade é variável e flutuante e evolui com frequência para a cronicidade. O tratamento com psicofármacos, além dos efeitos colaterais adversos, como dependência, cefaleia e sonolência, muitas vezes não conseguem suprimir os sintomas (PINTO, 2015).

Segundo Souza (2017) citando Craske e Stein (2016), aqueles que sofrem com transtorno de ansiedade podem se beneficiar de diversos tratamentos disponíveis, mas nem todos se beneficiam dos convencionais sejam eles farmacológicos ou psicológicos apenas. Essas pessoas necessitam de algo mais, terapias complementares mais eficazes e com menos efeitos colaterais.

3.2 Trabalho com Grupos

Uma possibilidade de oferta de tratamento para pessoas com queixas de ansiedade na atenção primária é o trabalho em grupo. Os grupos terapêuticos têm como principal função a educação em saúde e como objetivos o desenvolvimento da autonomia, a participação e a responsabilização, constituindo importante recurso para esse fim. Contudo, o trabalho grupal não deve ser pensado somente como forma de resolver a demanda, mas sim como tendo características que propiciam socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, aprender e discutir sobre fenômenos grupais, é indispensável para os profissionais da saúde, pois eles vêm sendo utilizados com cada vez mais frequência no Sistema Único de Saúde (SUS) devido a sua versatilidade, podendo ser

aplicado na promoção da saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos. Insere-se perfeitamente como modalidade de atenção coletiva tanto para prática educativa quanto preventiva na Atenção Primária. (MENEZES; AVELINO, 2016).

Almeida e Soares (2010) afirmam, citando Pichon-Rivière (1998), que a situação grupal configura-se como um instrumento adequado para a aprendizagem, permitindo a modificação da realidade já que acontece uma visão integradora do homem na situação de grupo, enfatizando a importância da circunstância em que esse grupo acontece (histórica e social), por isso, a opção da utilização de grupos na atenção primária como forma de propagar a educação em saúde, tem sido uma estratégia bastante difundida entre os profissionais da área. O principal interesse é proporcionar ao usuário a corresponsabilização na manutenção da saúde, a prática do autocuidado (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Um modelo de trabalho com grupos proposto pelo Ministério da Saúde é o grupo operativo, no qual um conjunto de pessoas se reúnem por um objetivo compartilhado e onde cada participante tem suas necessidades, e tem a liberdade de falar ou calar quando lhe convém. Dentre os grupos operativos, tem-se o grupo terapêutico o qual tem como principal objetivo a melhora da situação de sofrimento (BRASIL, 2013).

Sendo assim, as experiências humanas que compõem um grupo terapêutico expressam o processo organizacional central do grupo, e servem de base para executar as correções necessárias a fim de aproveitar ao máximo a potência dessa ferramenta de trabalho. Essas experiências são chamadas por Yalom e Leszcz (2006) de fatores terapêuticos e são eles: instilação de esperança; universalidade; compartilhamento de informações; altruísmo; recapitulação corretiva do grupo familiar primário; comportamento imitativo; aprendizagem interpessoal; coesão grupal; catarse e; fatores existenciais (YALOM; LESZCZ, 2006).

Os fatores são interdependentes e não ocorrem ou funcionam separadamente, além disso, podem representar diferentes fases do processo de mudança e atuam em níveis diferentes sendo eles: cognitivo; comportamental; emocional e; precondições para a mudança (YALOM; LESZCZ, 2006).

No entanto, para uma melhor compreensão do que cada fator terapêutico tem para contribuir com o grupo, a seguir são conceituados os onze fatores: a *instilação da esperança* pode ser resumida como a expectativa elevada em um modo de

tratamento; *universalidade* é a invalidação do sentimento de singularidade, na qual os participantes percebem suas semelhanças com os outros integrantes; *compartilhamento de informações* é a instrução didática em si, recebida de várias maneiras até mesmo pelo aconselhamento direto; altruísmo, os pacientes se beneficiam por darem um pouco de si e o bom sentimento gerado por poder ser útil nessa troca recíproca de dar e receber é peculiaridade dos grupos por oportunizar aos participantes beneficiar outras pessoas; a *recapitulação corretiva do grupo familiar* é aproveitar a semelhança do grupo com a família primária e fazer uma reedição; *desenvolvimento de técnicas de socialização* é o desenvolvimento de habilidades sociais básicas; no *comportamento imitativo* os membros do grupo aprendem observando os outros a lidarem com seus problemas; *aprendizagem interpessoal* inclui os relacionamentos interpessoais formados, as experiências emocionais corretivas e o olhar para o grupo como um microcosmo social, onde cada um passa a interagir com o grupo como age em sua esfera social, criando o mesmo universo interpessoal que sempre habitaram; *coesão grupal* são todas as forças que agem sobre todos os membros para que permaneçam no grupo, um sentido de pertencimento, a atração do grupo por seus membros; *catarse* ocorre quando os afetos reprimidos são liberados e *fatores existenciais* são a confrontação da condição humana (YALOM; LESZCZ, 2006).

3.3 Políticas Nacional e Estadual de Práticas Integrativas e Complementares

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares é um avanço para abordagens de tratamento com uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. Em 03 de maio de 2006, foi instituída no Brasil a PNPIC pela Portaria Ministerial nº 971, contendo as principais práticas já desenvolvidas até então, entre elas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia, Termalismo, Fitoterapia e Medicina Antroposófica (BRASIL, 2006).

Um dos objetivos da PNPIC é fomentar as ações de saúde e o desenvolvimento sustentável das comunidades com estímulo a alternativas inovadoras, mas ao mesmo tempo seguras e de qualidade, para que o uso possa ser efetivo e eficaz. Outro aspecto que a PNPIC prevê é o fortalecimento do sistema no aspecto resolubilidade com ampliação do acesso às práticas. Com isso, tem-se a perspectiva da prevenção

de agravos, promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral (BRASIL, 2006).

Diante de todos os benefícios desejados com a PNPIC, não se poderia restringir a 5 práticas, então, em 2017, outra Portaria, a GM/MS nº 849 de 28 de março incluiu a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga. Em 2018, a portaria nº 702 de 21 de março, alterou a portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 com a inclusão das novas práticas: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição das mãos, ozonioterapia e terapia de florais (BRASIL, 2018).

No estado do Rio Grande do Norte, a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares- PEPIC foi estabelecida em 27 de julho de 2011 pela portaria nº 274/GS.

3.4 Práticas Integrativas e Complementares (Auriculoterapia, Aromaterapia, Cromoterapia e Meditação)

A auriculoterapia é um método terapêutico que utiliza o estímulo de pontos do pavilhão auricular através de estimulação mecânica, térmica, eletromagnéticas ou outras. Apesar de ser considerado um método completo de terapia, pode ser usado como coadjuvante para melhorar a resposta de outro tratamento principal. (PINTO, 2015; MOURA *et al.*, 2015).

Existem duas correntes principais que atuam na auriculoterapia. A escola chinesa, que trabalha no sentido de integralidade do ser, com uma ligação entre corpo, mente e espírito, e se baseia numa visão sistêmica, na qual o corpo humano é considerado um campo de energia. E a escola francesa, que é mais recente, iniciada pelo médico Paul Nogier nos anos 50, considera o pavilhão auricular um microsistema, fundamentando-se na neurologia e na embriologia. Neste último caso, pela reflexologia é possível atribuir pontos auriculares aos sintomas dos indivíduos. (MOURA *et al.*, 2015).

A auriculoterapia é uma PIC de fácil aplicação que, por ser não invasiva e ter baixos efeitos colaterais, demonstra-se bastante vantajosa (PRADO *et al.*, 2018). Os locais de aplicação das sementes são anatômicos e os pontos de aplicação são

específicos e causam reação em outra região. A orelha funciona, então, como um microsistema que se correlaciona com órgãos e regiões do corpo. Além de distúrbios físicos, a auriculoterapia trata também distúrbios mentais através do estímulo desses pontos (SILVA, 2018).

Aromaterapia é a prática terapêutica secular que consiste no uso intencional de concentrados voláteis extraídos de vegetais – os óleos essenciais (OE) – com a finalidade de promover ou melhorar a saúde e o bem-estar à totalidade do ser. No Brasil, a aromaterapia é reconhecida como uma prática integrativa e complementar com vasto uso individual e coletivo. Quando associado a outras práticas, o intuito é intensificar os resultados do tratamento escolhido. Na área da saúde, ajuda a restabelecer o equilíbrio físico e/ou emocional do indivíduo e pode ser utilizada por diversas categorias profissionais, por sua ampla possibilidade de intervenção complementar (BRASIL, 2018).

Na aromaterapia, as técnicas inalatórias são as mais utilizadas. Ao inalar as substâncias presentes nos OE, o sistema nervoso central é ativado pelo sistema olfativo, através do bulbo e dos nervos olfativos, o que estimula o sistema límbico, o qual é responsável pelo controle da emoção; sexualidade; memória; impulsos e; reações instintivas. Há também a ativação de neurotransmissores como: acetilcolina; endorfinas; noradrenalina e; outros. A difusão é o sistema inalatório recomendado para tratar problemas emocionais; psíquicos; respiratórios e; digestivos. Os aromas absorvidos podem ter efeitos farmacocinéticos (MORETTO; BUENO; MORAIS, 2015).

O OE de lavanda (*Lavandula angustifolia*) é um dos principais óleos essenciais, e entre seu amplo emprego medicinal tem-se a ação calmante, antidepressiva, além de tonificar e aliviar o sistema nervoso (MORETTO; BUENO; MORAIS, 2015).

A cromoterapia é a prática terapêutica que utiliza cores no tratamento de doenças. Considerada uma terapia não invasiva, atóxica, sem efeitos secundários, a qual pode ser aplicada em jovens e adultos. Sua função física é ativar os mecanismos de defesa do organismo baseado no fato do ser humano ser um complexo mecanismo eletroquímico composto por milhões de moléculas que, por sua vez, estão compostas por átomos e todo átomo composto por cargas elétricas. De forma prática, o ser humano se compõe basicamente de 70% de água, com cargas eletrolíticas que todo líquido contém, portanto, ser sensível a qualquer radiação (RUDAS, 2016).

Além do nível físico, a cromoterapia atua nos níveis mais sutis com o objetivo de harmonizar o corpo, neutralizando as condições excessivas e restabelecendo a

saúde. As cores em suas frequências, associadas aos sistemas complexos das medicinas tradicionais procuram restaurar o equilíbrio físico e energético, promovendo a harmonia entre o corpo, mente e emoções, partindo da premissa que o desvio da energia vibratória do corpo é o que desencadeia as patologias. As formas de uso da cromoterapia são várias, podendo ser trabalhadas por contato, por visualização, com auxílio de instrumentos, com cabines de luz, com luz polarizada e por meditação. Entre as possibilidades terapêuticas utilizadas pelos profissionais de saúde, a cromoterapia se enquadra como um recurso associado ou não a outras modalidades, demonstrando resultados satisfatórios (BRASIL, 2018).

A meditação pode ser definida como um treino individual da mente de forma calma e consciente, com o objetivo de alcançar a paz e harmonia pessoal (CHEN *et al.*, 2013). Existem diversas formas de meditação que são classificadas de acordo com a maneira com que se usa a mente durante a prática, mas todas elas têm o objetivo de purificação da mente e relaxamento do corpo como consequência (SOUZA, 2017).

Dois são as formas principais de meditação, segundo a literatura científica: a concentrativa e a *mindfulness*. A primeira é quando se utiliza de um foco para manter a concentração, como a respiração por exemplo, e quando houver distração, o praticante retoma o foco. A segunda, enfatiza a consciência no momento presente, deixando os estímulos internos e externos fluírem de forma que se apresentam e vão embora sem qualquer julgamento, com uma atitude de aceitação (MENEZES; DELL'AGLIO, 2009).

A despeito de qual tipo de meditação é utilizada, todas incorporam a promoção da saúde à sua eficiência, pois têm como objetivo comum o autoconhecimento, autocuidado e autotransformação. O discernimento sobre como enfrentar as situações que a vida impõe, impacta diretamente na saúde ou na doença do indivíduo e a meditação facilita esse processo de construção de mecanismos de enfrentamento. Constitui, portanto, um instrumento de fortalecimento físico, mental, emocional, social e cognitivo que auxilia na percepção das sensações necessárias no cuidado à saúde, além de promover um bem-estar geral (BRASIL, 2017).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

O estudo proposto é de natureza qualitativa, com abordagem de caráter descritivo-exploratório.

Segundo Yin (2016), a pesquisa qualitativa representa as visões e perspectivas dos participantes do estudo. Os eventos e ideias oriundos da pesquisa qualitativa podem representar os significados atribuídos a fatos da vida real pelas próprias pessoas que os vivenciam, além disso, abrangem condições contextuais em que a vida das pessoas se apresenta (POPE; MAYS, 2009).

A abordagem descritiva-exploratória descreve características do que é pesquisado, envolvendo o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados e busca observar, registrar, classificar e analisar os fatos ou fenômenos, visa construir hipóteses e conhecer os fatos ou fenômenos relacionados ao tema (CANZONIERI, 2011).

4.2 Cenário de ação e caracterização do grupo terapêutico

As práticas grupais acrescidas das práticas integrativas e complementares foram realizadas na sala de atividades coletivas da unidade de saúde do Mangueirão, situada no bairro Jardim Lola, no município de São Gonçalo do Amarante/RN.

O grupo é formado por pessoas que se autodeclaram portadoras de ansiedade. Trata-se de um grupo fechado, composto por 14 integrantes, os quais se reúnem semanalmente, as segundas-feiras pelo período de 2h. A coordenação do grupo está sob responsabilidade de uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), com a participação dos seguintes profissionais: psicóloga, nutricionista, fonoaudióloga, fisioterapeuta e farmacêutica. A forma de ingresso no grupo é por indicação da equipe de ESF da unidade onde acontecem os encontros, pelo atendimento individual da psicologia ou por convite dos próprios participantes. Teve início em maio de 2019 e pretende encerrar em dezembro do mesmo ano.

4.3 Sujeitos

Das 14 integrantes do grupo, uma não aceitou participar da pesquisa e uma foi suprimida por não cumprir a quantidade de sessões suficientes, enquadrando-se nos critérios de exclusão. Dessa forma, a amostra contou com 12 participantes do grupo terapêutico, composto por pessoas orientadas e independentes, que se referem ansiosas e se encontram na faixa etária de 20 a 70 anos.

4.4 Critérios de amostragem

Foram incluídos na pesquisa todos os usuários que participam do grupo com queixa de ansiedade que aceitaram se submeter aos procedimentos para coleta de dados, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Critérios de inclusão: participar do grupo existente antes dos encontros com a introdução das PICS e desejo de continuar participando do grupo espontaneamente pelo tempo necessário para a pesquisa.

Critérios de exclusão: participação em menos de 50% dos encontros determinados para a introdução das práticas integrativas e complementares no grupo; alergia a esparadrapo.

4.5 Procedimentos e instrumentos para coleta de dados

A proposta dessa pesquisa foi, inicialmente, traçar o perfil dos usuários que participavam das atividades no grupo terapêutico para portadores de ansiedade com o intuito de caracterizar o grupo que fazia parte do estudo. Em seguida, foram introduzidas práticas integrativas e complementares as quais o grupo desconhecia (auriculoterapia, meditação, princípios de cromoterapia e de aromaterapia), para perceber a partir do relato deles, em grupos focais (GF) e em escala de avaliação de nível de ansiedade, se as novas práticas vivenciadas os beneficiaram com relação aos sintomas de ansiedade.

Etapas:

a) Foram coletadas as assinaturas no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para participação na pesquisa e, para autorização de gravação de voz (APÊNDICES A e B, respectivamente).

b) Os usuários integrantes do grupo que aceitaram participar da pesquisa responderam individualmente a um formulário de entrevista semiestruturada (APÊNDICE C), com entrevista face a face, para coletar dados com o intuito de se construir o perfil dos participantes (VIEIRA, 2009).

Para avaliar o nível de ansiedade dos sujeitos foi aplicado o Inventário de Ansiedade de Beck - IAB (ANEXO A) que apresenta 21 itens, no qual foi apontado, em uma escala de quatro pontos, o nível de gravidade dos sintomas. O escore total varia de 0 a 63 e permite a verificação do nível de intensidade da ansiedade (BAPTISTA; CARNEIRO, 2011). Optou-se pelo uso do IAB por se tratar de uma escala de avaliação e não de um teste psicológico.

c) Outra técnica de coleta de dados utilizada foi o grupo focal (GF), que se constitui como uma das técnicas de entrevista coletiva sobre tema específico. Considera-se adequada para esta pesquisa, por possibilitar entrevista no contexto em que acontecem os grupos (REGO, 2013).

Tanto a entrevista individual quanto as perguntas do grupo focal passaram por pré-testes com um grupo de outra unidade, para verificar a adequação das questões e para correção de alguma pergunta que gerasse dúvida ou incompreensão no usuário.

c.1) Um grupo focal inicial foi realizado para entender a percepção dos participantes sobre os cuidados em grupo que vêm recebendo antes da introdução das PICS. O roteiro dos grupos focais encontram-se no Apêndice D. Não foi necessária a realização de mais de um grupo de foco para obtenção da saturação de informações, apesar de ter sido acordado com os participantes mais encontros do grupo para esse fim. As atividades de GF tiveram o áudio gravado para posterior transcrição e análise.

c.2) Após o grupo focal inicial, foram realizados 6 encontros com o mesmo grupo, para introdução das PICS: auriculoterapia e meditação e princípios de cromoterapia e aromaterapia.

A aromaterapia foi aplicada ao ambiente por meio de um difusor com óleo essencial de lavanda durante todo o tempo de atividade, além de spray de ambiente com o mesmo óleo essencial durante a meditação.

A cromoterapia fez parte da ambiência da sala onde aconteceram os encontros por meio de aplicação difusa de luz ambiente azul.

A auriculoterapia: a técnica utilizada foi a de fixação de sementes de mostarda com auxílio de esparadrapo no pavilhão auricular de cada participante, unilateralmente em cada sessão, que foi semanal e no mesmo dia do encontro em grupo. Foram 6 sessões de auriculoterapia, com intervalo de 1 semana entre elas. Os participantes foram orientados a estimular os pontos 2 vezes ao dia e permanecer com as sementes durante 5 dias, retirando-as antes da próxima troca. Os pontos de auriculoterapia utilizados para estímulo foram os seguintes: shen men, ansiedade, rim, simpático, neurastenia, fígado, occipital e coração (SENNA; SILVA; BERTAN, 2012).

A meditação foi praticada em grupo, em forma de meditação guiada, na qual os participantes ouvem os comandos e, individualmente, se concentram na ação. Foi utilizada a forma concentrativa com foco na respiração, além de música com sons da natureza e instrumental. A escolha desse tipo de meditação se justifica pela facilidade de compreensão, o que facilita para conduzir iniciantes ao estado meditativo. Os participantes fizeram a prática sentados em cadeiras e as meditações tiveram uma duração média de 20 min.

Buscou-se, com isso, que os usuários experimentassem as práticas juntos, por tempo suficiente para ter uma vivência que os permitisse relatar alguma mudança no estado de ansiedade após introdução das PICS. Cada encontro teve duração de 2h e 30 min.

c.3) Após os 6 encontros, os usuários foram convocados para um segundo momento de grupo focal para relatar, agora, as percepções sobre a introdução de práticas integrativas e complementares no grupo, com relação as queixas de ansiedade após a experiência.

Todos os encontros para os grupos focais contaram com um moderador que seguiu o roteiro dos questionamentos os quais foram discutidos pelo grupo e com um relator que ficou responsável pelo registro do áudio e coleta de dados.

A pesquisadora participou como coordenadora do grupo, utilizando e aplicando as práticas vivenciais. O NASF também participou das atividades, já que a proposta é de continuidade do grupo existente com introdução de práticas integrativas que ainda não haviam sido utilizadas nesse público.

d) O registro da participação dos usuários nas atividades foi realizado por uma lista de frequência assinalada ao final de cada encontro.

4.6 Processamento e análise dos dados

Os procedimentos para análise de dados seguiram o método da pesquisa qualitativa, a saber: compilar dados das fontes, reler e reouvir as notas de campo, colocar tudo em formato consistente, decomposição dos dados, codificação dos dados, recomposição de dados procurando padrões, interpretação de dados com explicação e conclusão (YIN, 2016).

A epidemiologia descritiva foi utilizada para analisar os dados referentes ao perfil dos participantes.

Os relatos dos grupos focais foram submetidos à técnica de análise de conteúdo de Minayo, a qual apresenta duas funções na aplicação da técnica: verificação de hipóteses, teses ou questões e, a outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO, 2002). Minayo (2013) explicita as etapas distintas desde a transcrição até a análise dos dados. Foi utilizada a análise temática seguindo as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Justifica-se a escolha desse tipo de análise por ser considerada adequada para investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2013).

4.7 Considerações éticas

Todos os procedimentos de coleta de dados passaram por submissão ao Comitê de Ética em pesquisa e foram respeitados os princípios éticos profissionais.

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), veiculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), conforme exigências estabelecidas pela Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que norteia a prática de pesquisa com seres humanos, sob o Parecer nº 3.440.901.

Os participantes foram informados sobre o objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato, assim como sobre o direito de desistir da pesquisa, a qualquer momento, sem riscos de penalização ou prejuízo pessoal, profissional ou financeiro. O consentimento foi formalizado pela assinatura do termo de consentimento livre e

esclarecido (TCLE), em duas vias, que depois de lido e assinado ficou uma via com o participante e outra com a pesquisadora.

Os riscos aos quais os participantes foram submetidos ou desconforto relacionado à participação na pesquisa foram mínimos, sem relato de incômodo no pavilhão auricular por falta de hábito de utilização das sementes, ou desconforto com relação ao aroma escolhido para a pesquisa ou à cor utilizada na ambiência da sala. Durante a meditação também não foi relatado desconforto.

Como benefícios desta pesquisa para os usuários de forma imediata têm-se a oportunidade de vivenciar técnicas ainda pouco conhecidas pelos usuários do SUS no município do qual se trata.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados em forma de artigo, o qual foi submetido à revista *Physis-Revista de Saúde Coletiva* da qual segue os padrões.

CONTRIBUIÇÕES DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA CONTRIBUTIONS OF INTEGRATIVE PRACTICES TO MENTAL HEALTH IN PRIMARY CARE

Izabel Myckilane Alves de Farias¹, Antônio Medeiros Júnior²

1. Fisioterapeuta, aluna do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, Brasil. Endereço eletrônico: bebelfarias@yahoo.com.br.
2. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Nordeste – MPSF/RENASF, Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, Brasil. Endereço eletrônico: soriedemjunior@gmail.com.

Introdução

O Brasil é considerado o país com o maior número de casos de ansiedade no mundo (9,3%). Tal prevalência se destaca quando comparada com as taxas mundiais (3,6%) e no continente americano (5,6%), segundo a OMS (FERNANDES *et al.*, 2018).

A ansiedade quando passa para o nível patológico, abala consideravelmente a qualidade de vida do indivíduo portador e das pessoas de seu convívio social (FERNANDES *et al.*, 2017). Segundo Aragão *et al.* (2018), a ansiedade está entre os transtornos mentais comuns prevalentes na ESF (ARAGÃO *et al.*, 2018).

O crescente número de casos de ansiedade na atenção primária exige alerta para tal demanda. É necessário um olhar ampliado do cuidado nessas questões e o profissional da ESF tem condições de identificar situações que exigem intervenções imediatas para evitar medicalização desnecessária e ações mais invasivas. A atenção primária mostra-se como um o espaço privilegiado e de grande potencial para

intervenção nestes casos, por possibilitar o trabalho em equipe e favorecer a rápida identificação e prevenção de complicações dos casos de ansiedade (LIMA *et al.*, 2013).

Os grupos terapêuticos funcionam como uma ferramenta de cuidado na atenção primária, pois potencializa as interações sociais, o compartilhamento de experiências e a adaptação à coletividade. É um espaço onde se discute a necessidade de ajuda coletiva com a vantagem do suporte emocional. Além de consultas e medicamentos, o usuário com problemas de saúde mental necessita de um espaço de convivência para expressar suas escolhas e desenvolver o autocuidado (BENEVIDES *et al.*, 2010).

Outra forma de cuidado prático e viável de oferecer cuidado à saúde mental na atenção primária é a inserção de práticas integrativas e complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde (SUS). As práticas integrativas são orientadas pelos princípios de escuta acolhedora, desenvolvimento de vínculo terapêutico, integração do ser humano com o ambiente e a sociedade, visão ampliada do processo saúde-doença e promoção global do cuidado humano. As políticas de PICS reforçam isso, trazendo a busca da integralidade da atenção, com ênfase na prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde na atenção primária (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Dessa forma, acredita-se que a associação do trabalho grupal com as PICS, também pode trazer benefícios para os participantes de grupos terapêuticos, já que seus propósitos são convergentes. Logo questiona-se: Qual a contribuição da inserção de práticas integrativas em um grupo terapêutico?

A melhor forma de encontrar resposta para este questionamento é permitir que os participantes de um grupo terapêutico vivenciem algumas práticas integrativas e ao final possam ser ouvidos para relatar a percepção deles sobre tais contribuições. Por este motivo, tem-se como objetivo: compreender a percepção de usuários que se autodeclaram ansiosos sobre os cuidados em grupo associados às práticas integrativas.

Métodos

Este artigo é resultado de uma dissertação do mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sendo esta nucleadora associada a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF).

A pesquisa é de natureza qualitativa, com abordagem de caráter descritivo-exploratório. Contou com a participação de 12 integrantes de um grupo terapêutico com sujeitos que se autodeclaram ansiosos. Foram introduzidas ao grupo práticas de meditação, auriculoterapia e princípios de aromaterapia e cromoterapia durante 6 encontros.

A meditação foi praticada em grupo, em forma de meditação guiada, na qual os participantes ouvem os comandos e individualmente se concentram na ação. Foi utilizada a forma concentrativa com foco na respiração. Os participantes fizeram a prática sentados em cadeiras e as meditações tiveram duração média de 20 minutos.

Na auriculoterapia foi utilizada a fixação de sementes de mostarda no pavilhão auricular de cada participante com auxílio de esparadrapo. A aplicação foi unilateral em cada sessão, que foi semanal e no mesmo dia de encontro do grupo. O intervalo entre as sessões foi de uma semana, somando seis aplicações ao final das práticas. Os usuários foram orientados a estimular os pontos 2 vezes ao dia e permanecer com as sementes por 5 dias após cada aplicação. Houve uma alternância de lado de aplicação da auriculoterapia e os pontos utilizados seguiram o protocolo para ansiedade sugerido por Senna, Silva e Bertan (2012) que são os seguintes: shen men, ansiedade, rim, simpático, neurastenia, fígado, occipital e coração.

Os princípios de aromaterapia e cromoterapia fizeram parte da ambiência da sala, com a utilização de óleo essencial de lavanda (*lavandula angustifolia*) por meio de difusor de ambiente durante todo o tempo de atividade e a utilização difusa de luz ambiente azul.

O inventário de ansiedade de Beck (Beck *et al.*, 1988), foi utilizado em dois momentos: antes das vivências com as práticas integrativas e logo após o período de práticas para analisar se houve redução dos sintomas de ansiedade. Além disso, dois grupos focais foram executados. O primeiro antes da introdução das PICS no grupo para analisar qual a percepção dos usuários sobre o grupo terapêutico e o segundo após as vivências para entender o diferencial que as PICS trouxeram para o grupo. Com o intuito de garantir o anonimato dos participantes seus nomes foram substituídos por nomes de árvores.

Para analisar os dados resultantes do grupo focal foi utilizada a análise de conteúdo de Minayo, com escolha da análise de conteúdo temática por ser considerada adequada para investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2013).

A pesquisa obteve aprovação no Comitê de Ética em pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), veiculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), conforme exigências estabelecidas pela Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde que norteia a prática de pesquisa com seres humanos, sob o Parecer nº 3.440.901. CAAE 11735919.7.0000.5292.

Resultados e discussão

Perfil clínico e sociodemográfico dos participantes

A amostra foi composta 12 mulheres na faixa etária de 20-70 anos. Esse fato coincide com os dados mundiais, os quais apontam maior número de casos de transtorno de ansiedade no gênero feminino (WHO, 2017).

A maioria das participantes é casada e católica, não completaram o ensino fundamental e possuem renda familiar média de 1 a 3 salários mínimos. Um terço delas relatam como ocupação ser do lar e se consideram ativas em 9 dos 12 casos, sendo que apenas 50% realizam atividade física regular. A hipertensão e o diabetes aparecem como as principais comorbidades.

Dois terços das participantes utilizam algum medicamento para combater a ansiedade mas apenas um terço enxergam a terapia medicamentosa como tratamento para esse fim, como mostra o dado do último item da **tabela 1**, onde elas relatam o que fazem para combater a ansiedade. Delas, 9 apresentam mais de 10 sintomas de ansiedade e a maioria convive com eles há mais de 5 anos. Quando questionadas sobre como classificam a sua ansiedade, 11 elegeram os graus moderado a severo, apenas uma participante relatou como leve.

Tabela 01 - Perfil clínico e sociodemográfico do grupo terapêutico de ansiedade

| Variáveis | Frequência absoluta |
|-------------|---------------------|
| Sexo | <i>f</i> |
| Masculino | 0 |

| | |
|--|----------|
| Feminino | 12 |
| Faixa etária | f |
| 20 - 25 | 1 |
| 26 - 40 | 0 |
| 41 - 45 | 1 |
| 46 - 50 | 2 |
| 51 - 55 | 3 |
| 56 - 60 | 4 |
| 61 - 65 | 0 |
| 66 - 70 | 1 |
| Estado Civil | f |
| Casada | 6 |
| Solteira | 2 |
| Viúva | 3 |
| Divorciada | 1 |
| Religião | f |
| Católica | 5 |
| Evangélica | 3 |
| Espírita | 1 |
| Indefinido | 3 |
| Escolaridade | f |
| Ensino Fundamental Incompleto | 5 |
| Ensino Fundamental Completo | 3 |
| Ensino Médio Incompleto | 2 |
| Ensino Médio Completo | 1 |
| Ensino Superior | 1 |
| Renda Familiar | f |
| Menos de 1 salário mínimo | 2 |
| 1 a 2 salários mínimos | 4 |
| 2 a 3 salários mínimos | 4 |
| Acima de três salários mínimos | 2 |
| Profissão | f |
| Do lar | 4 |
| Autônoma | 1 |
| ASG | 1 |
| Artesã | 2 |
| Vendedora | 1 |
| Pensionista | 1 |
| Costureira | 1 |
| Manicure | 1 |
| Grau de atividade segundo autorrelato | f |
| Ativa | 9 |
| Sedentária | 3 |
| Comorbidades | f |
| Hipertensão | 4 |
| Diabetes | 3 |
| Depressão | 2 |

| | |
|---|-----------|
| Cardiopatía | 2 |
| Gastrite | 2 |
| Alteração nos hormônios da tireoide | 1 |
| Anemia | 1 |
| Gonartrose | 1 |
| Hipercolesterolemia | 1 |
| Uso de medicamentos para ansiedade | f |
| Sim | 8 |
| Não | 4 |
| Quantidade de sintomas apresentados | f |
| 1 - 5 | 1 |
| 6 - 10 | 2 |
| 11 - 15 | 8 |
| Mais de 15 | 1 |
| Tempo de sintomas | f |
| Até 1 ano | 2 |
| 2 - 5 anos | 2 |
| 6 - 10 anos | 1 |
| Mais de 10 anos | 7 |
| Autoclassificação do grau de ansiedade | f |
| Leve | 1 |
| Moderada | 7 |
| Severa | 4 |
| O que faz para combater a ansiedade | f |
| Sair de casa | 3 |
| Grupo | 8 |
| Atividade física | 3 |
| Religiosidade | 3 |
| Não se isolar | 1 |
| Crochê | 1 |
| Exercícios respiratórios | 2 |
| Controla alimentação | 1 |
| Medicamento | 4 |
| Total de participantes | 12 |

Fonte: Dados da pesquisa

Resultados do Inventário de ansiedade de Beck antes e após as vivências do grupo com as práticas integrativas

A Tabela 2 apresenta a comparação da aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck antes e após a experiência com as práticas integrativas. Esse dado mostra uma diferença entre a classificação delas no autorrelato contido no formulário do perfil

e o resultado do Inventário. O que pode se levar a crer que o autorrelato considera todos os fatores que fazem com que a ansiedade seja percebida com uma intensidade maior, não só os sintomas, enquanto o IAB considera apenas uma dimensão, os sintomas apresentados.

Toda pessoa tem uma narrativa de si e uma dos mundos, algo que junte todas as experiências de vidas passadas, presentes e o que se imagina do futuro em um todo, que “faça sentido” para aquela pessoa. À medida que as pessoas interagem com os ambientes em que vivem, essas esferas que compõem as pessoas vão se constituindo e formando sua própria história, cada uma seguindo uma dinâmica própria com regras e parâmetros para um modo de viver específico. Paralelamente, as esferas influenciam umas às outras e cada uma ao conjunto que é a pessoa, ou seja, embora autônomas são interdependentes. (BRASIL, 2013, p. 31)

Apesar disso, não se pode deixar de considerá-lo como um instrumento de comparação que mostrou uma transição de categorias após as PICS. Fica claro que após as vivências houve uma redução dos sintomas levando a maioria que se enquadrava nos graus leve e moderado para o grau mínimo.

Tabela 2 - Comparação do grau de ansiedade segundo o Inventário de ansiedade de Beck (IAB) antes e após as PICS

| Grau de ansiedade | Antes | Após |
|--------------------------|--------------|-------------|
| Mínimo | 1 | 7 |
| Leve | 4 | 1 |
| Moderado | 5 | 2 |
| Grave | 2 | 2 |
| Total | 12 | 12 |

Fonte: Dados da pesquisa

Antes da introdução das PICS a análise de conteúdo do primeiro grupo focal resultou em duas categorias temáticas:

1 Percepção dos usuários que se autodeclaram ansiosos acerca do grupo antes da introdução das PICS.

Esta categoria acolhe os relatos das impressões das participantes sobre o grupo até o momento do primeiro grupo focal. Resultou da associação de 5

subcategorias: a) percepção de melhora com a participação no grupo; b) acolhimento proporcionado pelo grupo; c) relação de compromisso assumido com a atividade; d) o grupo como local de aprendizado; e) superação de expectativas.

a) Percepção de melhora com a participação no grupo

“[...] tô bem melhor à vista do que eu *tava* [...] pra mim *tá* sendo... Ah meu Deus! *Tá* sendo a melhor coisa esse grupo.” (Paineira)

“[...] depois que eu comecei a participar *tô* me sentindo, mais assim..., mais calma, menos ansiosa [...].”(Canjarana)

Os relatos expressam uma percepção de melhora atribuída a participação no grupo, com redução da ansiedade. Percebe-se que o grupo surgiu como uma estratégia de cuidado que visivelmente promoveu mudanças satisfatórias para essas usuárias. Nota-se também que o grupo é encarado como uma esperança de resolubilidade, uma alternativa para a situação na qual elas se encontravam há anos. A alegria expressada nos discursos revela que realmente a participação no grupo é avaliada positivamente.

Até esse ponto o grupo terapêutico está cumprindo seu papel e atendendo as exigências para um grupo utilizado como ferramenta de cuidado em saúde como expressa Munari, Lucchese e Medeiros (2009) quando diz que ele deve auxiliar no desenvolvimento de conhecimentos e potencialidades e na promoção de integração e de mudanças (MUNARI; LUCCHESI; MEDEIROS, 2009).

“[...] eu estou achando maravilhoso [...] já me transformou [...]” (Imbuia)

“Eu também *tô* gostando porque eu não *tô* nem precisando ir na outra psicóloga, aqui já tá resolvendo 99% dos meus problemas entendeu?” (Carnaúba)

A transformação promovida pelo grupo revela que o direcionamento tomado está correto, com as participantes alcançando seus objetivos e conseguindo perceber isso. É o que diz o Caderno de atenção básica que trata da saúde mental:

O processo grupal, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado. Isto se deve exatamente à pluralidade de seus integrantes, à

diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível. (BRASIL, 2013, p. 121)

O fato de uma delas perceber que o atendimento em grupo está sendo tão eficaz quanto o individual fortalece a compreensão das demais para o fato de não haver distinção de qualidade entre as terapias.

b) Acolhimento proporcionado pelo grupo

“[...] me sinto muito à vontade e os profissionais ... XXX maravilhosa, ZZZ nem se fala e você também que tá aqui [...]. Todo mundo é família” (Copaíba)

“[...] tô me sentindo muito bem no meio de todas, tô me sentindo bem acolhida, assim...bem à vontade [...] (Canjarana)

“Olhando assim no olho de cada um é como uma família não é isso? É como que seja uma família não é assim? É uma família. Eu acho vocês uma família reunida aqui. É uma família muito bem acolhedora. [...] eu já me sinto amada.” (Imbuia)

A sensação de boa recepção, de ser bem acolhido pelo grupo, tanto por parte dos profissionais quanto pelos outros integrantes, desperta a sensação de pertencimento àquela citada família, traduz o papel do acolhimento na atividade coletiva. Elas expressam o conforto de saber que não se encontram sozinhas naquele sofrimento e podem contar com o apoio daquelas pessoas que são compreendidas como pessoas da família, e demonstram que atingiram um grau excelente de confiança e de integração entre os participantes do grupo.

Percebe-se acolhimento e o vínculo como facilitadores do cuidado, possibilitando a escuta e o desenvolvimento da confiança, além de aproximação do profissional, o que permite a integralidade e a resolubilidade dos problemas (ARAGÃO, 2018).

O acolhimento é essencial na atenção primária para garantir um atendimento mais ágil e resolutivo, reconhecendo o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde e é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2004).

c) Relação de compromisso assumido com a atividade

“[...] Todo compromisso que tenho para segunda de manhã eu *boto* para outro horário para não perder.” (Canjarana)

“Mais importante é o grupo não é isso? É um compromisso que nós assumimos. [...]” (Imbuia)

Os usuários expressam o compromisso que firmaram com a atividade e como se esforçam para não quebrá-lo. Além disso, está explícita a vontade de continuar no grupo, a demonstração de zelo e constância de participação. O grupo já se tornou parte da rotina e assumiu um lugar de importância na vida delas, passando a ser enxergado como prioridade. O fortalecimento das relações formadas trazem a coesão necessária para a continuidade no grupo.

Essa formação de vínculo favorece o cuidado integral como conclui Jorge *et al.* (2011). Ele permite, de forma geral, a democratização e a horizontalização das práticas em saúde. No caso da saúde mental, propicia a formação de relações com sentimentos mais profundos, o que enriquece a parceria que facilita a corresponsabilização dos sujeitos (JORGE *et al.*, 2011)

d) O grupo como local de aprendizado

“[...] estou amando aqui o aprendizado com vocês, cada dia né a gente aprende mais com vocês.” (Sucupira)

“As palavras também, os exemplos, aí na hora você lembra.” (Paineira)

“Sim, o apoio, o apoio, o que ela diz: Se fosse assim? Se você visse dessa forma Copaíba, se fosse assim como seria? (Copaíba)

O que é experimentado no grupo aparece como base para tomada de decisões ou como lição para enfrentamento de situações de ansiedade. Isso traduz o aprendizado que resultou dos encontros, o compartilhamento de sugestões e experiência entre elas. Com isso, pode-se inferir que oferecimento de informações parece ser um fator de grande relevância no grupo. Além disso, enxergam o grupo como rede de apoio e os exemplos que elas escutam ali servem como reflexões para o dia a dia, auxiliando na construção do conhecimento.

Quando o grupo trabalha na problematização real e significativa para o sujeito, desperta o interesse pela busca da informação, estimula a autoaprendizagem e o torna corresponsável pela sua saúde (BRASIL, 2013).

e) Superação de expectativas

“Eu acho que me ajudou bastante assim [...]. Tem pessoas que *forma* grupo e as vezes quem administra o grupo é quem quer falar, não dá oportunidade pra gente.” (Paineira)

A forma como o grupo é conduzido, com metodologia ativa, desperta o interesse da participante e a faz perceber que esta é a diferença entre este e os outros grupos que ela conheceu. Reconhece que a oportunidade de falar livremente o que sente e dar sua opinião é o que leva a melhora do seu problema, isso faz com que sua expectativa que não era boa em comparação à sua experiência de grupos seja modificada. O mesmo acontece nos relatos seguintes:

[...] Eu pensei: ai é mais um grupo só, mas aí começou a acontecer e a gente vai se surpreendendo, vai notando a diferença, tá surpreendendo.” (Canjarana)

[...] a gente tem *né* Canjarana outro grupo, a gente não se abre como *tamo* se abrindo aqui *né* isso? (Imbuia)

O relato comparativo entre a experiência do grupo atual com a de outros grupos nos quais ocorre apenas uma transmissão de informações, muitas vezes de forma impositiva, revela que esse diferencial foi notado positivamente e proporcionou uma mudança considerável na percepção das usuárias. Ter a liberdade de expressar a opinião, de ter o sofrimento ouvido colaborou na construção de um boa expectativa para o desenvolvimento do grupo.

O grupo deve ser proposto de tal modo a permitir que seus integrantes tenham voz, espaço e corpos presentes; se sintam verdadeiramente como integrantes ativos de um grupo. Não há participação verdadeiramente ativa em um grupo sem que os sujeitos que se colocam tenham condição de ser ouvidos em suas demandas, para depois poder ouvir e colaborar com a demanda alheia e proposta geral; constituindo, somente a partir daí, um verdadeiro sentimento de pertencimento grupal. (BRASIL, 2013, p.123)

2 Mudanças de hábitos e perspectivas proporcionadas pela participação no grupo com relação ao enfrentamento da ansiedade

Essa categoria relaciona o que se pode observar nos relatos sobre as mudanças de hábitos e perspectivas em relação ao cuidado consigo e na forma de se relacionar com os outros.

“Alimentação eu mudei, tô mudando minha alimentação, que ajuda muito minha ansiedade. Você pensar: comer diferente-viver melhor, então eu comecei a mudar meus hábitos de alimentação também. [...] eu tomava pouca água mas agora a preocupação é muito grande. [...]” (Peroba)

“Laranja e água com gás. Não tomei coca. [...] já foi diferente.” (Copaíba)

“Buscar ajuda para nós mesmos, porque ninguém vai fazer isso que eu tô buscando por mim mesma né? Se não for eu que busque, que dê o primeiro passo.” (Canjarana)

O que se vê é a demonstração de um olhar diferente para a saúde com a certeza de que não se pode transferir responsabilidade de cuidado pessoal, é a corresponsabilização adquirida manifestada em exemplo prático. Os modelos de comportamentos novos e saudáveis compartilhados no grupo, levam a um desejo de também experimentar um diferente estilo de vida. Está presente ainda o fato de se ver como prioridade, e isto ser considerado o primeiro passo para a manutenção da saúde.

Sendo assim, o grupo permite a reflexão sobre a realidade vivenciada agindo para fortalecer a promoção da saúde, por facilitar a construção coletiva do conhecimento (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

“Eu tinha muito medo de conversar com as pessoas, de me aproximar das pessoas, de não confiar. Aí agora eu confio em cada uma, converso, eu tô mais atenta as coisas, e mudou bastante [...]” (Acácia)

“Eu tinha dificuldade mas minha filha mais nova me cobra muito isso de dizer essa palavra te amo, aí agora eu tenho mais facilidade, me ajudou[...].” (Canjarana)

Os relatos expõem que elas perceberam comportamentos indesejados em si e estão encontrando o caminho para modificar o que não lhes agrada. Fazem uma avaliação geral da vida como um todo e não com o foco somente na ansiedade. Não há cobrança para mudanças, isso ocorre através da própria reflexão e de forma natural o que reforça o perfil de aprendizagem significativa que o grupo aborda.

Quando se conduz o grupo de forma que se promova um aprendizado significativo, e que ele se mostre como um lugar de apoio para o enfrentamento de dificuldades e para o próprio fortalecimento, se abre espaço para que os participantes encontrem seu próprio caminho e confiem na sua capacidade de controle e autonomia (MUNARI; LUCCHESI; MEDEIROS, 2009).

Dessa forma, a prática educativa auxilia na tomada de decisão para melhorar a qualidade de vida das pessoas, com condições de vida mais dignas e adequadas, o que coincide com o que almejam as ações de promoção da saúde (PINAFO; NUNES; GONZÁLEZ, 2012).

Todos os relatos analisados convergem para uma avaliação positiva do grupo terapêutico como um todo. Observam-se aspectos relevantes quando se trata de

grupo como: percepção de melhora, entusiasmo, fidelidade, acolhimento, vínculo, compromisso, aprendizado, autocuidado e mudança de comportamento. Esses elementos se relacionam de alguma forma com alguns dos fatores terapêuticos propostos por Yalom e Leszcz (2006), entre eles podemos identificar: instilação de esperança, oferecimento de informações, universalidade, coesão e aprendizagem interpessoal.

Após as vivências das PICS em 6 sessões, o segundo grupo focal, para identificação do diferencial que as práticas integrativas trouxeram ao grupo, rendeu as seguintes categorias temáticas:

1 Percepção dos benefícios das PICS

Esta categoria agrupa as seguintes subcategorias: a) sensações despertadas pelas práticas, b) redução do uso de medicamentos e c) percepção prática de melhora de postura com relação a ansiedade

a) Sensações despertadas pelas práticas

“[...] *Aurículo*, perfeito em relação a minha insônia, em relação às dores no meu corpo, eu posso dizer que foi assim 100% e com o cheirinho no momento de meditações... sentir o cheirinho..., eu particularmente me senti muito bem, é como se eu tivesse saindo de mim e entrando em outra dimensão. Em paz, buscando só paz para dentro de mim, foi assim que eu me senti, em todas as sessões, todas que eu fiz foi dessa forma. “[...] é fundamental, a terapia que a gente faz, esses exercícios, todo mundo, todo mundo conseguiu alguma coisa. Se empoderar, crescer [...]. Me surtiu efeito, está me surtindo né?” (Copaíba)

Este relato além de apontar a percepção do despertar para outra dimensão de cuidado, reforça a ideia de dores físicas originadas por problemas emocionais já que o protocolo utilizado na auriculoterapia refere-se aos cuidados da ansiedade e não especificamente ao tratamento da dor. Outro aspecto relevante nessa fala é o benefício das técnicas associadas que proporcionaram uma sinergia proveitosa para o cuidado em grupo.

As práticas terapêuticas surgem como um resgate de valores e concepções holísticas no campo da saúde, compreendidas como tentativas de solucionar seus problemas intrínsecos (LIMA, 2012, p. 25).

“A gente nem liga pra almoço, se alguém almoçou, se varreu a casa, nem nada. [...] o relaxamento (meditação) é melhor ainda, porque você pode estar com o problema que tiver, na hora do relaxamento (meditação) você esquece. Então você sai leve [...]” (Amburana)

Outra vez o grupo aparece como prioridade mas desta vez esta fidelidade está associada diretamente ao bem-estar causado pela prática. Neste caso está explícita a mudança de foco do problema para a sensação de leveza que a meditação proporciona.

“Essas práticas foram de tamanha importância, eu creio que para todas aqui. No grupo não tem nenhuma que de alguma forma não tenha sentido alguma melhora, se beneficiado de alguma maneira, então acho que foi fundamental para o grupo, para todas né? No geral. [...] Fomos presenteadas com essas meninas que caíram aqui.” (Canjarana)

“[...] também na aurículo, quando *bota* os pontinhos também pra mim relaxou muito, em todos né? (Paineira)

Uma diferença bastante relevante após as práticas é que ao contrário do que se ouviu antes com relação à melhora que foi relatada individualmente, elas entendem que os benefícios das PICS foi coletivo, todas as participantes progrediram de uma forma que as outras também perceberam isso e esse resultado é traduzido nos relatos quando elas dizem: “*a gente*” “*para todas aqui*”, “*em todos*”. Isso reflete um reforço na unidade do grupo e um entendimento de que mesmo as participantes que não declararam sua recuperação, isso foi constatado pelas outras em algum grau. Este fato denota também que elas abandonaram o estado de isolamento inicial e começaram a perceber o mundo e perceber o universo que estava a sua volta.

“É tão especial aqui, esse momentinho aqui que todo mundo assim que me encontra pergunta: você descobriu isso aonde? Isso é uma coisa maravilhosa. Então, eu tenho mais a agradecer, uma coisa tão maravilhosa, tão especial, que a gente tem que valorizar isso aqui, cada vez mais, e agradecer o seu trabalho [...]. [...] Então eu tenho de orar por vocês cada vez mais para vocês subirem cada vez mais para trazer para a gente novidades, coisas melhores do que essas que tá acontecendo com a gente. [...]. As práticas é mil. É nossa autoestima aqui, na segunda.” (Imbuia)

“Uma pessoa chegou pra mim e perguntou... viu né aqui as sementinhas. A pessoa disse: o que é isso? Aí eu disse: é a terapia. Aí a pessoa disse: terapia de quê? Eu disse: terapia do amor. [...] Eu agradeço, eu melhorei muito graças a Deus e a vocês [...]” (Sucupira)

Nota-se o despertar de sentimentos profundos que não foram relatados no grupo focal anterior às práticas. Apesar do bom acolhimento e do vínculo já conquistado pelo grupo, agora elas percebem uma forma de cuidado diferenciado, o

qual propicia o encontro com uma outra dimensão do ser. A autoestima aparece de forma natural, assim como a gratidão por ter a oportunidade de experimentar algo novo e transformador. Dessa forma, entende-se que houve uma aproximação do que se entende por cuidado integral, pelo fato de se ter ampliado a complexidade das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde na atenção primária.

Compartilhando a ideia exposta por Lima *et al* (2013), ao julgar que o cuidado transcende o nível técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde, tornando-se a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem entre equipe-usuários. Além disso, a integralidade resulta do olhar ampliado sobre o ser humano, a saúde e o cuidado diante da necessidade de múltiplos olhares.

Chama-se a atenção para a importância de se abrir espaço para o afeto, a compaixão, a solidariedade para que os diversos sentimentos relacionados ao cuidado façam parte da relação entre profissionais de saúde e paciente sem desprezar o conhecimento da tecnologia científica, mas reconhecendo seus limites dentro da racionalidade. Ou seja, reconhecer as deficiências na dimensão terapêutica da biomedicina. (SARAIVA; FERREIRA FILHA; DIAS, 2011; LIMA, 2012).

b) Redução do uso de medicamentos

“[...] foi num momento que me ajudou bastante né? Essa *aurículo*? Porque eu *tava* com problemas assim de ansiedade, de medos, e *tava* até deixando o comprimido que eu *tava* tomando que *tava* me causando problema e deixei e *tô* superando, só com a *aurículo*, creio que esse... veio tudo na hora que eu mais precisava mesmo, me ajudou bastante e tá me ajudando, eu *tô* mais calma, mais tranquila [...]. (Canjarana)

“Eu tomava comprimidos para a ansiedade só que eu não me sentia bem, depois da *aurículo* parei, não tomei mais que eu não quero ficar com remédios controlados e graças a Deus, *tô* me sentindo bem com a terapia (meditação) também, no começo eu me senti assim “meia”, mas depois consegui relaxar, eu acho que é por causa também da ansiedade né aí eu não conseguia relaxar, mas consegui relaxar e eu só tenho a agradecer, só em eu não ter que tomar remédio controlado para mim já é tudo. Garças a deus *tô* me sentindo bem só com a *aurículo*, a terapia (meditação), *tô* ótima, não precisei mais tomar remédio controlado.” (Paineira)

Como dissociam os pacientes de si mesmos, os psicofármacos amiúde interferem no senso de orientação pessoal, tornando a vida algo sem sentido. É o efeito colateral, presente em vários psicoativos, conhecido pelo nome de

‘despersonalização’. Viver a vida sem saber quem é, de onde vem e para onde vai, sem rumo, é algo desalentador e totalmente incompatível com o estado de espírito de que se chama felicidade (COELHO, 2012).

“É com esse mês, 1 mês né? Mais ou menos 1 mês que eu estou praticando, graças a Deus eu estou me sentindo muito bem, eu tomava a minha medicação *pra* ansiedade eu não tô tomando mais, tomo para outras coisas *pra* ansiedade não, eu mesmo como no relaxamento (meditação) aqui, esse cheirinho, eu vou como seja *pra* outras dimensões [...]” (Imbuia)

A autonomia dos usuários, tão desejada pelos profissionais, materializa-se no discernimento do que é percebido como bom e ruim para si. A oportunidade de escolha do uso racional do medicamento é encarada como um benefício, que apesar de bastante desejado, nunca havia sido discutido, com oferecimento de alternativas que causassem menos impacto negativo na vida dessas pessoas.

Tudo aquilo que antes se envergonhava e fugia- os seus sentimentos mais intensos, suas dores, traumas e perdas-são percebidos agora como fontes de sua energia e vigor, motivos de seu orgulho: orgulho de ser único, de ser dono do próprio destino, poder ser o autor e criador de sua própria vida, de ser capaz de exercitar seu arbítrio e liberdade (COELHO, 2012).

Coelho (2012), chama a atenção para os resultados da medicalização da vida e Lima (2012) afirma que as práticas integrativas e complementares coincidem em seus elementos com os princípios da promoção da saúde, mostrando-se com isso desmedicalizantes. O que vai de encontro a visão mecanicista e biologicista da medicalização social, a qual tem um foco individual e autoritário, e se torna, de certo modo, inviável na promoção da saúde, já que esta, no seu conceito, objetiva adotar uma concepção positiva de saúde, em que o sujeito amplia sua autonomia e dá ênfase ao coletivo, com um olhar sobre os determinantes sociais.

c) Percepção prática de melhora de postura com relação a ansiedade

Nesta categoria se pode encontrar a satisfação com relação ao autocontrole, a capacidade de discernimento diante das situações que se apresentam e os resultados das vivências com as práticas superando a ansiedade.

“Hoje eu já me sinto capaz de controlar, eu já me sinto capaz de controlar [...], então hoje eu estou mais, estilo zen, deixando acontecer, tudo isso eu agradeço depois das práticas, aqui no grupo. A insônia tenho ainda, tenho mas não é com tanta frequência como era antes. [...] eu melhorei 99% do que eu era. (Copaíba)

“[...] antes eu era muito ansiosa e partia para a briga [...] hoje eu já sei controlar mais [...]” (Figueira)

“[...] eu tô conseguindo respirar e me reorganizar, tô conseguindo que eu não conseguia, era terrível, ficava ansiosa, perdia o juízo [...]. [...] tô tomando atitudes que eu não tomava, tô renovando, tudo que eu era antes tô sendo outra pessoa, sou outra pessoa hoje, e penso diferente e ajo diferente.” (Peroba)

A capacidade de autocontrole e de pensar e agir diferente reflete a incorporação do que foi vivenciado no grupo para situações do dia a dia. A paz e a tranquilidade transmitidas pelas práticas contagiaram as participantes de modo que agora elas carregam isso para a vida. Revelam esse desejo de se comportar de forma diferente, já que se orgulham da transformação, mas não conseguiam tomar essa atitude de mudança antes. O que reforça que as mudanças têm que ser construídas para que venham de dentro para fora. Não se pode exigir transformações de forma arbitrária, sem espaço e tempo para reflexão.

Os relatos expressam o que foi percebido de mudança principalmente relacionadas à meditação, e gerar novos padrões de comportamento e consciência é o que as práticas meditativas tem em comum, pois alteram o fluxo dos pensamentos. Além disso, permite o autocontrole do corpo e da mente, o que favorece mudanças cognitivas e comportamentais que geram saúde e bem-estar psicológico. No campo da saúde, de maneira geral, a prática da meditação potencializa os processos de cura além de promover o autoconhecimento (SAMPAIO, 2015).

“[...] Eu era mais impulsiva, hoje não, [...] eu procuro ser uma outra, uma nova mulher [...]” (Copaíba)

“Pra mim também todas as atividades foram importantes [...] e assim em muitas situações que tem me ajudado né, então pra mim todas foram ótimas. Foram maravilhosas assim, que a gente lembra e pode tirar sempre um bom proveito.” (Canjarana)

A naturalidade com que as mudanças ocorreram fica nítida nas falas. Não há nada de impositivo na metodologia das práticas integrativas e as percepções de mudança favorecem a aceitação das práticas como maneira de cuidado que propicia a autonomia.

Os praticantes das PICS, vivem em si mesmos experiências que os possibilitam desenvolver um razoável grau de sabedoria prática, ética e solidariedade, que deixam seu proceder suficientemente "empoderador", dialogal e promotor de saúde. (LIMA, 2012, p. 29)

“Eu melhorei bastante da ansiedade, graças a Deus com a “*aurículo*”, com a cromoterapia, muito bom aquela parte do relaxamento (meditação [...]). (Figueira)

“[...] foi ótimo, tanto a meditação aqui também, só tenho que agradecer, tudo perfeito, a luz, o ambiente, o local tudo muito bom. E só me ajudou e muito, tá me ajudando.” (Canjarana)

“E então pra mim tá sendo muito bom sabe, uma experiência maravilhosa pelo fato de eu ter muita insônia, a “*aricutura*” pra mim foi tudo de bom. [...]” (Peroba)

“[...] ansiedade, estresse, só o estresse já resolve, e o relaxamento (meditação) também é ótimo e com aquele cheirinho se eu pudesse eu levava para o meu quarto direto porque é ótimo.” (Amburana)

“Eu melhorei muito da ansiedade [...] era uma ansiedade tão grande... acho que é por isso né, esse grupo, essas vivências. (Sucupira)

Aqui tem-se relatos da associação das PICS sendo percebida como fator de sucesso para melhora dos sintomas de ansiedade. Além da auriculoterapia e da meditação que foram voltadas especificamente para diminuição da ansiedade, a ambiência utilizando os princípios da aromaterapia e da cromoterapia tiveram uma boa avaliação para composição do local em que as práticas integrativas foram desenvolvidas. Apesar de não ter sido utilizada a cromoterapia e a aromaterapia como tratamento, elas foram percebidas como coadjuvantes na ampliação dos efeitos do tratamento principal.

A sensação de bem estar geral pode ser considerada um sucesso da introdução das PICS no grupo. Trata-se de pessoas que convivem com sintomas ansiosos há anos e, com uma experiência de poucas semanas, já relatam uma melhora considerável tanto em seus sintomas quanto em suas qualidades de vida como um todo.

Segundo Chen *et al.* (2012), indivíduos com ansiedade moderada são mais propensos a se beneficiar de um programa de meditação a curto prazo. Souza (2017) aborda o efeito ansiolítico da meditação já na primeira semana de prática diária, sendo que ao final de 4 semanas há uma redução de traços ansiosos em indivíduos com transtorno de ansiedade, ressaltando a implicação clínica da utilização de uma técnica relativamente simples.

“[...] o cheirinho, o relaxamento, é foi uma experiência maravilhosa não só para mim como os demais que quando eu encontro que vejo que tem essa ansiedade e insônia e tudo, passo uma palavra amiga.” (Peroba)

“[...] *“oricuterapia”* eu já indiquei até na minha igreja, várias pessoas fazendo [...]” (Amburana)

Como se vê, a experiência passa a ser indicada para outras pessoas que vivenciam o mesmo sofrimento. Isto indica que os benefícios foram significantes para este grupo e despertaram o desejo de compartilhamento do efeito positivo causado. Os próprios participantes passam a ser promotores de saúde, disseminando o conhecimento.

Neste contexto, Lima (2012) apresenta o mesmo entendimento quanto ao potencial pedagógico também guardado pelas PICS, incluindo aspectos do autoconhecimento e crescimento pessoal, tudo isso vivenciado na própria experiência ou na experiência das pessoas, expressado no estilo comunicativo ou nos valores que se coadunam com o que se prega na promoção da saúde.

2 PICS como cofator para excelência do grupo

Esta categoria expressa as expectativas que a introdução das PICS trouxeram para o grupo e o resultado dessa experiência. Os participantes já enxergam as práticas como integrantes do grupo e não consideram a hipótese de retorno ao grupo sem esse complemento.

“[...] tá até superando que eu achava que não ia surgir tanto efeito como tá me fazendo, creio que se continuar a tendência é só melhorar, só me ajudar mais.” (Canjarana)

A participante expressa a falta de credibilidade atribuída às PICS no início das vivências, até por desconhecimento das vantagens que elas trariam ao grupo. Após a experiência com as práticas ofertadas, as usuárias incorporaram o sentido de continuidade.

“[...] mais práticas novas *será bem-vinda*. (Figueira)

“Outras novidade, as práticas mais evoluídas.” (Imbuia)

Depois do despertar para formas diferentes de cuidado, elas anseiam por conhecimento de outras técnicas que tragam o mesmo benefício. Isso mostra como o grupo ainda necessitava de algo para sua completude, apesar da metodologia ativa adotada.

E quando perguntadas como seria o grupo voltando para o modelo original sem as práticas:

“[...] quero nem pensar nisso. Acabou-se (o grupo).” (Amburana)

“Acabou comigo. Não faça isso não, eu quero cada vez mais que flua, que venha cada vez mais melhoras ainda.” (Imbuia)

“Só as meditações então, é bom nem imaginar ficar sem, porque vai todo mundo ter recaídas. Não seria o grupo, não seria.” (Copaíba)

“É muito importante essas práticas, eu acho que só tem sentido a gente *vim* pra cá com alguma finalidade. De melhorar, de aprender, e desenvolver melhores práticas. Pra quando *vir* o medo a gente não cair né. Acho que é importante continuar, que venha mais.” (Canjarana)

“Pra mim seria terrível.” (Paineira)

“O grupo não seria bom sem as práticas. Deve continuar as práticas com... algumas... aumento de mais algumas práticas, principalmente de respiração, algumas atividades de concentração, de relaxamento, tudo isso seria bem-vindo.” (Figueira)

Tem-se que as PICS não só despertaram a sensação de que deveriam fazer parte da terapia como também as fizeram perceber que outras práticas também trariam benefícios ao grupo. O que nem era percebido como necessário agora é tratado como essencial.

Saraiva, Ferreira Filha e Dias (2011), enfatizam que as práticas integrativas, por valorizar principalmente as emoções, preenchem uma lacuna que ainda existe para que o cuidado em saúde mental seja integral, havendo a necessidade dessa complementariedade ao modelo biomédico.

Considerações finais

Por todo o exposto, aponta-se como contribuição da inserção de práticas integrativas em um grupo terapêutico a possível redução de tempo de tratamento das pessoas que sofrem com ansiedade quando se associam as práticas integrativas aos tratamentos convencionas, com a consequente redução dos sintomas de ansiedade e de uso de medicamentos, além de se perceber benefícios emocionais adicionais por não se manter o foco somente na doença e tratar o indivíduo como um ser humano que tem necessidades múltiplas.

O cuidar de si se traduz na verdadeira promoção da saúde, pois não se pode impor estratégias de cuidado para quem não tem o desejo de se cuidar. A partir desse entendimento da potencialidade de cura interior e do resgate do valor humano, apresentado pelas PICS, chega-se mais próximo a real promoção da saúde.

Referências

ARAGÃO, E. I. S. *et al.* Padrões de apoio social na atenção primária à saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2339-2350, 2018.

BECK, A. T. *et al.* An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 56, n. 6, p. 893-897, 1988.

BENEVIDES, D. S. *et al.* Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v.14, n. 32, p. 127-38, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Educação, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 34)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **HuamnizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CHEN, K. *et al.* Meditative therapies for reducing anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Depress Anxiety**, New York, v. 29, n. 7, p. 545-562, 2012.

COELHO, J. R. **A tragicomédia da medicalização: a psiquiatria e a morte do sujeito**. 1. ed. Natal: MJCM, 2012.

FERNANDES, M. A. *et al.* Transtornos de ansiedade: vivências de usuários de um ambulatório especializado em saúde mental. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3836-3844, 2017.

FERNANDES, M. A. *et al.* Prevalência dos transtornos de ansiedade como causa de afastamento dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 2344-2351, 2018. Suplemento 5.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da saúde mental – tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

LIMA, A. I. O. *et al.* O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária. **Temas Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 71-82, 2013.

LIMA, K. M. S. V. **Práticas integrativas e complementares e a promoção da saúde: avanços e desafios de um serviço municipal de saúde**. 2012. 120 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MUNIARI, D. B.; LUCCHESI, R.; MEDEIROS, M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 8, p. 148-154, 2009. Suplemento.

NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 21, n. 3, p 272-281, 2016.

NOGUEIRA, A. L. G. *et al.* **Pistas para potencializar grupos na atenção primária à saúde**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 69, n. 5, p. 907-914, 2016.

PINAFO, E.; NUNES, E. F. P. A.; GONZÁLEZ, A. D. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1825-1832, 2012.

SAMPAIO, C. V. S. **Eficácia da meditação healing na redução da ansiedade dos indivíduos em fase de manutenção do peso corporal: ensaio clínico randomizado**. 2015. 122 f. Dissertação (Mestrado em Medicina e Saúde Humana) - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2015.

SARAIVA, A. M.; FERREIRA FILHA, M. O.; DIAS M. D. As práticas integrativas como forma de complementariedade ao modelo biomédico: concepções de cuidadoras. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamal (online)**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 5, p.155-163, 2011. Número Especial.

SENNA, V. S.; SILVA, P. R.; BERTAN, H. **Acupuntura auricular**. São Paulo. Phorte, 2012.

SOUZA, T. H. A. **Efeito da meditação natural stress relief na ansiedade de estudantes universitários com transtorno de ansiedade social: ensaio clínico randomizado e controlado**. 2017. 155 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2017.

YALOW, I. D.; LESZCZ, M. **Psicoterapia de grupo: teoria e prática**. 5. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. GENEVA: WHO, 2017.

Abstract

CONTRIBUTIONS OF INTEGRATIVE PRACTICES TO MENTAL HEALTH IN PRIMARY CARE

Abstract: The main objective of this research was to analyze the contribution of integrative practices to a therapeutic group of self-declared subjects anxious. This qualitative study has a descriptive-exploratory approach. Six integrative practice sessions were performed in the therapeutic group: meditation, auriculotherapy and principles of chromotherapy and aromatherapy. For data collection, focus groups were conducted before and after the experiences and the Beck Anxiety Inventory was also applied both times. The results indicate that participants evaluated positively the therapeutic group before the practices and presented improvement of anxiety in some aspects. Besides, the therapeutic group leads to behavior changes. A reduction in anxiety symptoms after the practices were observed and confirmed by Beck Inventory and participants realized the benefits of integrative practices, including reduced medication use. The practices brought as a differential the rescue of human value, the approximation of the comprehensiveness of care and the filling of the gap left by the traditional method of conducting groups - the enhancement of the emotions that induce the view to take care of themselves, a primordial factor for the promotion of health.

Keyword: Anxiety. Group psychotherapy. complementary therapy.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da pesquisa realizada mostrou que o grupo terapêutico desenvolvido na unidade de saúde já era bem avaliado pelos participantes antes das vivências com as práticas integrativas, além disso, contém fatores terapêuticos essenciais para sucesso na condução do grupo. Isso é um aspecto bastante positivo para avaliar o apoio que o NASF oferece a esta unidade com a condução do grupo e a qualidade do serviço prestado, apresentando uma oferta de serviço de cuidado à saúde mental na atenção primária e evitando com isso o excesso de encaminhamentos para outro nível de atenção. Contudo, não se pode deixar de considerar que apesar da tentativa de atenção integral oferecida pelos meios tradicionais ainda existia uma lacuna que foi preenchida pela introdução das práticas integrativas.

Outra observação relevante é que o fato dos usuários não terem percebido inicialmente essa necessidade de ampliar a complexidade das ações desenvolvidas (sem elevar o nível de tecnologia) pode se atribuir ao cenário de desconhecimento do oferecimento dessas práticas no SUS, por se tratar de terapias com pouca divulgação e com poucos profissionais capacitados para utilizá-las. Fator importante para considerar, pois essa falta de divulgação e oferta insuficiente de serviço desse tipo pode acarretar em agravamento de situações de sofrimento que poderiam ser solucionados ou amenizados com mais eficiência e celeridade na própria atenção primária.

Logo, após a intervenção no grupo terapêutico, o primeiro elemento que merece destaque é a necessidade de divulgação das práticas integrativas nos serviços municipais de saúde, permitindo dessa forma que os usuários exerçam sua autonomia na escolha do seu tratamento após serem informados sobre a gama de opções terapêuticas que o município oferece.

Além disso, os profissionais necessitam cada vez mais se qualificar para esse tipo de cuidado, no qual a dor e o sofrimento expressados pela subjetividade também são tratados, valorizando-se as emoções, afinal não existe resolutividade sem preparo profissional.

Todo cuidado que extrapole a condição física, promovendo um cuidado holístico é bem-vindo pelos usuários, dessa forma, deve-se tentar todas as maneiras de

cuidado, em busca da própria capacidade de cura em todas as dimensões do ser. Isso é um objetivo possível quando se trata de atenção primária.

As PICS escolhidas para a pesquisa quando utilizadas individualmente já têm eficácia comprovada empiricamente e agora testadas em grupo continuam demonstrando a mesma eficácia. Contudo, as práticas integrativas utilizadas conseguiram alcançar cada participante em sua singularidade e a corrente afetiva formada influenciou o grupo como um todo por permitir aberturas que antes não eram perceptíveis.

A contribuição desse trabalho, além de mostrar os benefícios emocionais resultantes das práticas, tanto os individuais quanto para o grupo, fortalecendo-o e trazendo novas estratégias para o cuidado em saúde mental, é chamar a atenção para a possibilidade de redução do uso de medicamentos por esse público com a introdução de tecnologias leves e de baixo custo. Obteve-se resultados bastante positivos nesta seara considerando o número de usuários e o tempo reduzido de vivência com as PICS. Ao promover a introdução das práticas integrativas em outros grupos, do início ao fim do cuidado, haverá a possibilidade de mais tempo de vivência e o alcance de um maior número de pessoas, o que pode sugerir melhores resultados de recuperação ou cura e uma maior abrangência de usuários beneficiados.

Como limitação do estudo apresenta-se o tempo reduzido de vivências das práticas, uso restrito de PICS escolhidas pela pesquisadora sem a participação ou opinião prévia dos usuários e utilização de protocolo único de auriculoterapia para todas as integrantes do grupo, o que pode ter deixado de considerar particularidades dos sujeitos que se tratadas poderiam ter ampliado a percepção de melhora.

Por fim, é possível acreditar que a associação das práticas convencionais com as práticas integrativas e complementares na atenção primária favorecem novas possibilidades de integralidade e de aproveitamento dos privilégios para o cuidado em saúde mental nesse nível de atenção.

Como produto deixado como devolutiva ao serviço de saúde, tenciona-se apresentar um Guia para condução de grupo terapêutico de combate à ansiedade associado às Práticas Integrativas e Complementares (gênese-Apêndice E), aos profissionais da atenção primária à saúde do município de São Gonçalo do Amarante/RN. Com isso, utilizando-se de reuniões multiprofissionais, pretende-se criar um ambiente de diálogo e discussão para possibilitar a esses profissionais que digam das suas experiências no enfrentamento da ansiedade e das possibilidades de

manejo de tais usuários para participação nesses grupos. Com o auxílio de uma equipe maior e após a exposição de todas as dificuldades encontradas, pretende-se chegar a um consenso sobre a utilização de PICS em todos os grupos no município, inclusive envolvendo o CAPS e com isso ampliar para a criação de um protocolo municipal de atenção à saúde mental tendo como integrante obrigatório as PICS.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. P.; SOARES, S. M. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1123-1132, 2010. Suplemento 1.
- ANDRADE, J. V. *et al.* Ansiedade, um dos problemas do século XXI. **Revista de saúde da ReAGES**, Paripiranga, v. 2, n. 4, p. 34-39, 2019.
- ARAGÃO, E. I. S. *et al.* Padrões de apoio social na atenção primária à saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2339-2350, 2018.
- ARAÚJO, I. M. M.; PEREIRA, A. M. Vitória de Pirro: a reforma sanitária brasileira na década de 1980. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 19, n. 2, p. 5-22, 2017.
- BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M. Validade da escala de depressão: relação com ansiedade e *stress* laboral. **Estudos de psicologia**, Campinas, v. 28, n. 3, p. 345-352, 2011.
- BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria de Previdência. **Transtornos mentais: trabalho em escala, condições insalubres e recompensa insatisfatória podem ser causas**. Brasília: Ministério da Fazenda, 2015. Disponível em: www.previdencia.gov.br/2012/03/transtornos-mentais-trabalho-em-escala-condicoes-insalubres-e-recompensa-insatisfatoria-podem-ser-causas/. Acesso em: 10 nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/g/, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares-PNPIC. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, n. 56, p. 65, 21 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, dança circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, p. 68, 27 mar. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS- PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de apoio à saúde da família - volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRENTINI, L. C. *et al.* Transtorno de ansiedade generalizada no contexto clínico e social no âmbito da saúde mental. **Nucleus: Revista Científica da Fundação Educacional de Ituverava**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 237-248, 2018.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Petrópolis: Vozes, 2011.

CARVALHO, J. L. S.; NÓBREGA, M. P. S. S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p. e2017-0014, 2017.

CHEN, K. *et al.* Meditative therapies for reducing anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Depress Anxiety**, New York, v. 29, n. 7, p. 545-562, 2012.

CHEN, Y. *et al.* A randomized controlled trial of the effects of brief mindfulness meditation on anxiety symptoms and systolic blood pressure in chinese nursing students. **Nurse Education Today**, Edinburgh, v. 33, n. 10, p. 1166-1172, 2013.

COELHO, J. R. **A tragicomédia da medicalização: a psiquiatria e a morte do sujeito**. 1. ed. Natal: MJCM, 2012.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista de APS: Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

FERNANDES, M. A. *et al.* Transtornos de ansiedade: vivências de usuários de um ambulatório especializado em saúde mental. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3836-3844, 2017.

FONSECA, M. L. G. **Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e problema de nervos: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares**. 2007. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

GRYSCHKEK, G.; PINTO, A. A. M. Saúde mental: como as equipes de saúde da família podem integrar esse cuidado na atenção básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3255-3262, 2015.

JORGE, M. S. B. *et al.* Promoção da saúde mental – tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

MENEZES, C. B.; DELL'AGLIO, D. D. Por que meditar? A experiência subjetiva da prática de meditação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 565-573, 2009.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na atenção primária à saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 124-130, 2016.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. (Temas Sociais)

MORETTO, B. M.; BUENO, C. D. C.; MORAIS, L. R. **Aromaterapia**: o benefício das plantas aromáticas e óleos essenciais - uma revisão de literatura. 2015. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Federal do Paraná, Matinhos, 2015.

MOURA, C. C. *et al.* Auriculoterapia efeito sobre a ansiedade. **Revista Cubana de Enfermería**, Ciudad de la Habana, v. 30, n. 2, 2015.

NASCIMENTO, M. V. N.; OLIVEIRA, I. F. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 21, n. 3, p. 272-281, 2016.

NELSON, I. C. A. S. R. (org.). **As práticas integrativas e os cuidados humanescentes em saúde**. Mossoró: EDUERN, 2019.

NOGUEIRA, A. L. G. *et al.* Pistas para potencializar grupos na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 907-914, 2016.

OLIVEIRA, W. F. Recovery: o desvelar da práxis e a construção de propostas para aplicação no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 9, n. 21, p. 321-330, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Integração da saúde mental nos cuidados primários a saúde**: uma perspectiva global. Brasília: OMS, 2008.

Disponível em:

www.who.int/eportuguese/publications/integracao_saude_cuidados_primarios.pdf.

Acesso em: 20 set. 2018.

PINTO, P. C. T. **Efeito da auriculoterapia na perturbação de ansiedade generalizada**. Dissertação (Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2015.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto alegre: Artmed, 2009.

PRADO, J. M.; KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. Experimental and placebo auriculotherapy for stressed nurses: randomized controlled trial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, n. e03334, p. 1-8, 2018.

REGO, T. C. F. Utilização de grupos focais em teses e dissertações do programa de educação da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista Multitexto**, Montes Claros, v. 2, n. 1, p. 61-68, 2013.

RUDAS, A. C. Frecuencia cardíaca despues de la exposicion a longitudes de onda del espectro visible em áreas del cuerpo humano. **Revista Ingeniería UC**, Venezuela, v. 23, n. 2, p. 216-222, 2016.

SENNA, V. S.; SILVA, P. R.; BERTAN, H. **Acupuntura auricular**. São Paulo: Phorte Editora, 2012.

SILVA, C. C. S. **Auriculoterapia e a síndrome de burnout em enfermeiras da atenção primária à saúde**. 2018. 108 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

SOUSA, R. F.; OLIVEIRA, Y. R.; CALOU, I. B. F. Ansiedade: aspectos gerais e tratamento com enfoque nas plantas com potencial ansiolítico. **Revinter**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 33-54, 2018.

SOUZA, G. N. P. *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e/ou ansiosos em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 20, p. 43-50, 2018.

SOUZA, T. H. A. **Efeito da meditação natural stress relief na ansiedade de estudantes universitários com transtorno de ansiedade social**: ensaio clínico randomizado e controlado. 2017. 155 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2017.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders**: global health estimates. Geneva: WHO, 2017.

YALOW, I. D.; LESZCZ, M. **Psicoterapia de grupo**: teoria e prática. 5. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2006.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Editora Penso, 2016.

1/3

APÊNDICE – A



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: **Inserção de práticas integrativas na atenção à saúde mental em grupo terapêutico com portadores de ansiedade**, que tem como pesquisadores responsáveis Izabel Myckilane Alves de Farias e o prof. Dr. Antônio Medeiros Júnior.

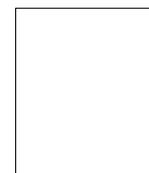
Esta pesquisa pretende analisar se as práticas integrativas inseridas em um grupo terapêutico de sujeitos que se autodeclaram ansiosos contribuem para a melhoria dos sintomas de ansiedade desses usuários.

O motivo que nos leva a fazer esse estudo é justificado pela importância de se ter um novo olhar para uma patologia, muitas vezes silenciosa para os profissionais da atenção primária, mas que causa um grande impacto na qualidade de vida de quem a possui. A falta de conhecimento sobre as possibilidades de tratamento e sobre a importância da participação ativa do portador no processo pode estar levando ao agravamento de casos da epidemia. É preciso ajudar os usuários que enfrentam esse problema e fortalecer a relação deles com a atenção primária, favorecendo o acesso a terapias complementares na própria unidade.

Caso você decida participar, você deverá contribuir com o desenvolvimento da pesquisa respondendo a uma entrevista individual, participando dos encontros com as práticas integrativas e integrando o grupo que participará dos grupos focais, que são entrevistas coletivas com o grupo, com duração de 1h e 30 min. em média, respondendo verbalmente o roteiro de discussão. Nesse grupo, serão coletados os dados para posterior análise. Suas respostas serão arquivadas através de gravação de áudio em gravador digital.

(Rubrica do participante/responsável legal)

(Rubrica do pesquisador)



Impressão
datiloscópica do
participante

2/3

Durante a participação nos grupos focais, a previsão de riscos ou desconforto é mínima, como incomodo no pavilhão auricular por falta de hábito da utilização das sementes, desconforto com relação ao aroma escolhido para a pesquisa e a cor utilizada na ambiência da sala, ou se sentir pouco à vontade com a meditação. Em todo caso, a pesquisadora assume responsabilidade sobre qualquer agravo causado pela pesquisa e para amenizá-los saiba que as sementes podem ser retiradas a qualquer momento se estiver causando qualquer tipo de incomodo e você tem a liberdade de de se retirar da sala livremente em caso de desconforto durante a prática da aromaterapia, cromoterapia e meditação, bem como desistir da pesquisa a qualquer instante.

Durante a participação na entrevista e nos grupos focais, a previsão de riscos também é mínima, ou seja, o risco que você corre é semelhante àquele sentido num exame físico ou psicológico de rotina. Os eventuais desconfortos podem se relacionar à conflitos gerados por opiniões distintas, ou exposição de dados ou situações pessoais. Para atenuar esses riscos, as entrevistas serão realizados em um ambiente tranquilo e confortável e você tem a liberdade de não responder qualquer pergunta que julgue conflituosa. Além disso, o anonimato dos participantes será garantido mediante a utilização de nomes fictícios. Ainda assim, os pesquisadores assumem a responsabilidade por qualquer dano moral decorrente do risco previsto, bem como a concessão de indenizações, haja vista sua necessidade.

Os benefícios oriundos desta pesquisa incluem a oportunidade de vivenciar técnicas ainda pouco conhecidas pelos usuários do Sistema Único de Saúde e se os resultados esperados forem confirmados, têm-se a possibilidade de expansão das práticas para outros grupos como modo de melhorar a atenção à saúde mental na atenção primária com a introdução de uma nova perspectiva de cuidado na promoção da saúde, sendo essa a relevância acadêmica.

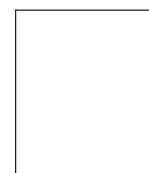
Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Izabel Myckilane Alves de Farias, telefone: (84) 98842-9334.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

(Rubrica do participante/responsável legal)

(Rubrica do pesquisador)



Impressão
datiloscópica do
participante

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você. Se você sofrer qualquer dano decorrente desta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

3/3

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, telefone: 3342-5003, endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Nata/Rn, e-mail: cep_huol@yahoo.com.br.

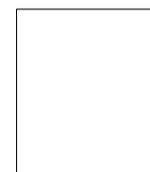
Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Izabel Myckilane Alves de Farias.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa Inserção de práticas integrativas na atenção à saúde mental em grupo terapêutico com portadores de ansiedade e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal ____/____/____.

Assinatura do participante da pesquisa



Impressão
datiloscópica do
participante

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo Inserção de práticas integrativas na atenção à saúde mental em grupo terapêutico com portadores de ansiedade, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodológicos e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Natal (RN), _____ de _____ de 2019

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE - B**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ**

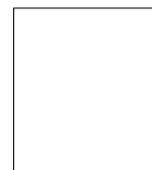
Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada **Inserção de práticas integrativas na atenção á saúde mental em grupo terapêutico com portadores de ansiedade** poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, a pesquisadora Izabel Myckilane Alves de Farias a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso da pesquisadora acima citada em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Izabel Myckilane Alves de Farias, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

(Rubrica do participante/responsável legal)

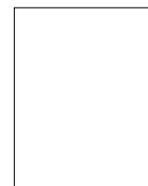
(Rubrica do pesquisador)



Impressão
datiloscópica do
participante

Natal, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa



Impressão
datiloscópica do
participante

Assinatura do pesquisador responsável

1/2

APÊNDICE C**ROTEIRO DA ENTREVISTA INDIVIDUAL**

| IDENTIFICAÇÃO | |
|--|--|
| NOME: | |
| IDADE: | |
| SEXO: | |
| ESTADO CIVIL: | |
| PERFIL RELIGIOSO: | |
| ESCOLARIDADE: | |
| RENDA FAMILIAR: | |
| PROFISSÃO: | |
| HISTÓRICO PESSOAL E FAMILIAR | |
| GRAU DE ATIVIDADE: | |
| ANTECEDENTES FAMILIARES: | |
| PATOLOGIA ASSOCIADA: | |
| INFORMAÇÕES PESSOAIS | |
| VOCÊ UTILIZA ALGUM MEDICAMENTO PARA CONTROLAR A ANSIEDADE? SE SIM, QUAL? COM QUE FREQUÊNCIA? | |
| QUAIS OS SINTOMAS DE ANSIEDADE VOCÊ JÁ APRESENTOU? Dormência ou formigamento (); Sensação de calor (); Tremor nas pernas (); Incapacidade de relaxar (); Medo de acontecimentos ruins (); Confusão ou delírio (); Coração batendo forte e rápido (); Insegurança (); Nervosismo (); Sensação de sufocamento (); Tremor nas mãos (); Medo de perder o controle (); Dificuldade de respirar (); Medo de morrer (); Indigestão ou desconforto abdominal (); Desmaio (); Sudorese (); Outro: _____ | |
| HÁ QUANTO TEMPO APRESENTA OS SINTOMAS? | |
| COMO VOCÊ CLASSIFICA SUA ANSIEDADE? | |
| VOCÊ TEM DIFICULDADE EM REALIZAR UMA DESSAS ATIVIDADES? | |
| Domésticas (), Sair para conversar com amigos (), Praticar esporte (); Fazer novos amigos | |

| |
|---|
| <p>2/2 <input type="checkbox"/>, Permanecer em lugares com pessoas desconhecidas <input type="checkbox"/>; Falar em público <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>; Sair desacompanhado <input type="checkbox"/> Resolver problemas <input type="checkbox"/>; Tomar decisões <input type="checkbox"/></p> |
| <p>ULTIMAMENTE DEIXOU DE FAZER ALGUMA ATIVIDADE DA VIDA DIÁRIA REGULAR DEVIDO A ANSIEDADE? _____</p> |
| <p>ALGUM PROBLEMA FÍSICO OU EMOCIONAL JÁ INTERFERIU NAS SUAS ATIVIDADES SOCIAIS EM RELAÇÃO À FAMÍLIA, AMIGOS OU EM GRUPO? _____</p> |
| <p>VOCÊ JÁ APRESENTOU ALGUM SINTOMA FÍSICO QUE VOCÊ ATRIBUI À ANSIEDADE? _____</p> |
| <p>COMO VOCÊ SE SENTE? Cheio de vigor <input type="checkbox"/>; Nervoso <input type="checkbox"/>; Sem ânimo <input type="checkbox"/>; Calmo <input type="checkbox"/>; Esgotado <input type="checkbox"/>; Feliz <input type="checkbox"/></p> |
| <p>EM COMPARAÇÃO COM AS OUTRAS PESSOAS: Você adocece mais <input type="checkbox"/>; Se considera saudável <input type="checkbox"/>; Sua qualidade de vida é ótima <input type="checkbox"/> O QUE FAZ PARA COMBATER A ANSIEDADE? _____</p> |

APÊNDICE D

ROTEIRO DE DISCUSSÃO DO GRUPO FOCAL INICIAL

1. Comente como vocês se sentem com a participação no grupo.
2. A participação no grupo promoveu alguma mudança com relação aos sintomas da ansiedade? Conte-me como.
3. O grupo proporcionou alguma mudança de comportamento de vocês com relação ao enfrentamento da ansiedade?
4. Acredita que houve diferença no seu olhar para o cuidado da ansiedade após a participação no grupo?
5. Como avaliam a metodologia utilizada?
6. Com relação às suas expectativas com o grupo, foram alcançadas ou ainda falta algo para a atenção ser completa?
7. O que poderia melhorar?
8. Qual a maior colaboração que o grupo trouxe para sua vida com relação à ansiedade? Fale sobre isso.
9. Quais as principais necessidades e dificuldades do grupo?

ROTEIRO DE DISCUSSÃO PARA O GRUPO FOCAL FINAL

1. Comente como vocês se sentem após a inserção das práticas integrativas no grupo.
2. As novas práticas promoveram alguma mudança com relação aos sintomas da ansiedade? Conte-me como.
3. A vivência das práticas proporcionou alguma mudança de comportamento de vocês com relação ao enfrentamento da ansiedade?
4. Acredita que houve uma diferença no seu olhar para o cuidado da ansiedade após a introdução das práticas integrativas no grupo?
5. Como avaliam as técnicas utilizadas?
6. Com relação às suas expectativas com as práticas integrativas no grupo, foram alcançadas ou ainda falta algo para a atenção ser completa?
7. O que mudou após suas vivências com as práticas?
8. Agora depois das práticas, qual a colaboração que o grupo trouxe para sua vida com relação à ansiedade? Fale sobre isso.
9. Quais as principais falhas e qualidades do grupo?

APÊNDICE E

Guia para condução de grupo terapêutico de combate à ansiedade associado à práticas integrativas e complementares

Índice

1. Apresentação
2. Introdução
3. Público alvo
4. Formas de acesso
5. Metodologia
6. Avaliação
7. Diagrama de fluxo do usuário até chegar ao grupo
8. Quando encaminhar para outro nível de atenção
9. Referências

1. Apresentação

Este guia destina-se a sugerir a implantação de grupos terapêuticos associados às Práticas Integrativas para o combate à ansiedade nas unidades municipais de saúde. Oferece opções de técnicas e manejo dos casos em cuidados em grupo e também objetiva facilitar a busca ativa de sujeitos acometidos por esse agravo. Espera-se com isso, simplificar a formação de grupos nas unidades de saúde e auxiliar o aprofundamento da promoção da saúde nessa área na atenção primária.

2. Introdução

A promoção da saúde mental necessita da integração das equipes de saúde da família e equipes do núcleo ampliado de saúde da família, que vão coordenar e tornar efetivas essas ações através do apoio matricial. Essas iniciativas se beneficiam de atividades de educação em saúde e trabalho com grupos, com ênfase na prática interprofissional colaborativa.

O que é importante é que os usuários possam cuidar da sua própria saúde, gerindo-a e promovendo-a. Em saúde mental, a autonomia e o autocuidado funcionam como um relevante indicador de saúde.

Como o tema principal deste guia é a ansiedade, vamos a ela:

A ansiedade como reação natural a estímulos ou como sinal de alerta e reação a estresse é considerada intrínseca do ser humano. Quando há ampliação considerável de reação e intensidade, sem causa aparente, desencadeando respostas autonômicas, atrapalhando o desempenho social e causando prejuízo a qualidade de vida do indivíduo, passa a ser considerada patológica. E é exatamente esta ansiedade que o guia aborda, justificado pela alta prevalência dos casos leves a moderados que não se caracterizam como transtorno, mas que aparecem como problemas psiquiátricos mais frequentes na atenção primária.

Os transtornos de ansiedade também são comuns e frequentemente subdiagnosticados e subtratados, com tendência a cronicidade e recidivas. Por isso, os profissionais e os usuários devem saber que existem terapias eficazes e disponíveis que abordam a integralidade da atenção e do cuidado.

Algumas abordagens psicoterapêuticas mostraram-se tão eficazes quanto os tratamentos farmacológicos no enfrentamento dos transtornos de ansiedade. A eficácia da associação entre ambos é superior a qualquer um dos dois isoladamente.

E quando associa-se as abordagens psicoterapêuticas às Práticas Integrativas e Complementares o índice de sucesso cresce ainda mais.

3. Público alvo

Para participar do grupo não é necessário o diagnóstico preciso da ansiedade, basta o usuário se autodeclarar ansioso e demonstrar o interesse em participar dos encontros. Isso facilita muito o acesso de casos que passam despercebidos na consulta clínica mas que já causam algum tipo de transtorno na vida do usuário. O fato de sentir que necessita de tratamento já habilita o sujeito a participar. Outros indícios são usuários com múltiplas consultas médicas, muitos sintomas físicos sem origem explicada, dificuldades no trabalho e nas relações interpessoais, fadiga, alteração de peso e problemas de sono.

4. Formas de acesso

Qualquer profissional que faça o acolhimento ou algum tipo de atendimento do usuário e perceba algum indício de que aquela pessoa necessita de ajuda pode recomendar o grupo. Os usuários que já participam do grupo também podem indicar, para outras pessoas. Não é necessário encaminhamento, apenas a avaliação inicial. Segundo as evidências não é possível ainda recomendar um instrumento validado de rastreamento para transtornos de ansiedade, a necessidade do tratamento é determinada pela severidade e persistência dos sintomas, presença de comorbidades psiquiátrica ou doença clínica, nível de incapacidade e impacto no funcionamento social.

5. Metodologia

Apresenta-se aqui o passo a passo de uma experiência exitosa com grupo terapêutico de ansiedade associado às Práticas Integrativas e Complementares:

a) Condução do grupo

Qualquer profissional da atenção primária pode ter a iniciativa de conduzir um grupo operativo, mas tratando-se de um grupo terapêutico tem-se a necessidade do suporte de um profissional de psicologia, pois ele é a pessoa mais capacitada para avaliar as condições dos usuários que participarão do grupo, ou seja, quem tem ou não perfil para participar desse tipo de grupo. Além disso, todas as orientações com relação à terapia utilizada partirão do psicólogo. É ele que torna o grupo *terapêutico*, trazendo para a prática coletiva os princípios da terapia e é quem está apto a perceber qualquer sinal de alerta que exija outro tipo de intervenção. Isso não significa que o psicólogo conduz o grupo sozinho, apesar de sua presença ser essencial, outros profissionais da atenção primária principalmente do NASF dão suporte para ampliar a abordagem dos sujeitos como nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e farmacêutico.

b) Número de integrantes do grupo

Não há um número fixo ou ideal de participantes, mas sugere-se que não ultrapasse 15 pessoas para não comprometer a qualidade do atendimento. Outro ponto importante é que seja um grupo fechado, no qual não haja entrada de novos participantes a todo momento, pois isto compromete as relações desenvolvidas no grupo terapêutico.

c) Duração do grupo

Sugere-se que o grupo fechado seja acompanhado por um período de 1 ano, podendo ter esse tempo reduzido dependendo do desempenho dos participantes, com encontros semanais.

d) Sessões

As sessões têm duração média de 2h incluindo o tempo das práticas integrativas, podendo variar de acordo com as PICS escolhidas para utilização no grupo.

Algumas sessões são consideradas básicas como as sessões com o farmacêutico e com o nutricionista. As demais são sessões de seguimento que podem ter qualquer profissional como convidado.

e) Abordagem

O grupo sempre trabalha com metodologia ativa, na qual se aprende junto e há o compartilhamento de saberes e troca de experiências para enriquecimento da atividade. Esse é considerado o ponto de maior relevância para a boa avaliação do grupo, pois permite atingir fatores terapêuticos essenciais para que se obtenha êxito na terapia. O acesso à informação é parte valiosa de qualquer projeto terapêutico, e estas devem ser apresentadas de forma clara e em linguagem acessível.

f) Técnicas utilizadas

Constatou-se que todas as práticas integrativas são bem vindas por apresentarem uma abordagem holística com uma visão ampliada do sujeito, mas comprovadamente a meditação e a auriculoterapia, assim como a cromoterapia e a aromaterapia utilizadas como ambiência, reduzem os sintomas de ansiedade e resultam em autocuidado e redução do uso de medicamentos.

A forma de meditação guiada é a mais indicada para iniciantes e para quem nunca teve contato com a prática, pois o usuário apenas precisa ouvir as orientações e seguir as instruções. Inicialmente 20 minutos de prática já são suficientes, este tempo pode aumentar segundo o desejo dos participantes. Em seis sessões seguidas de meditação, já é possível perceber resultados.

O protocolo de auriculoterapia utilizado abrange os pontos: shen men, fígado, rim, SNV, coração, neurastenia, occipital e ansiedade. A aplicação deve ser executada por um profissional capacitado para garantir a efetividade da técnica.

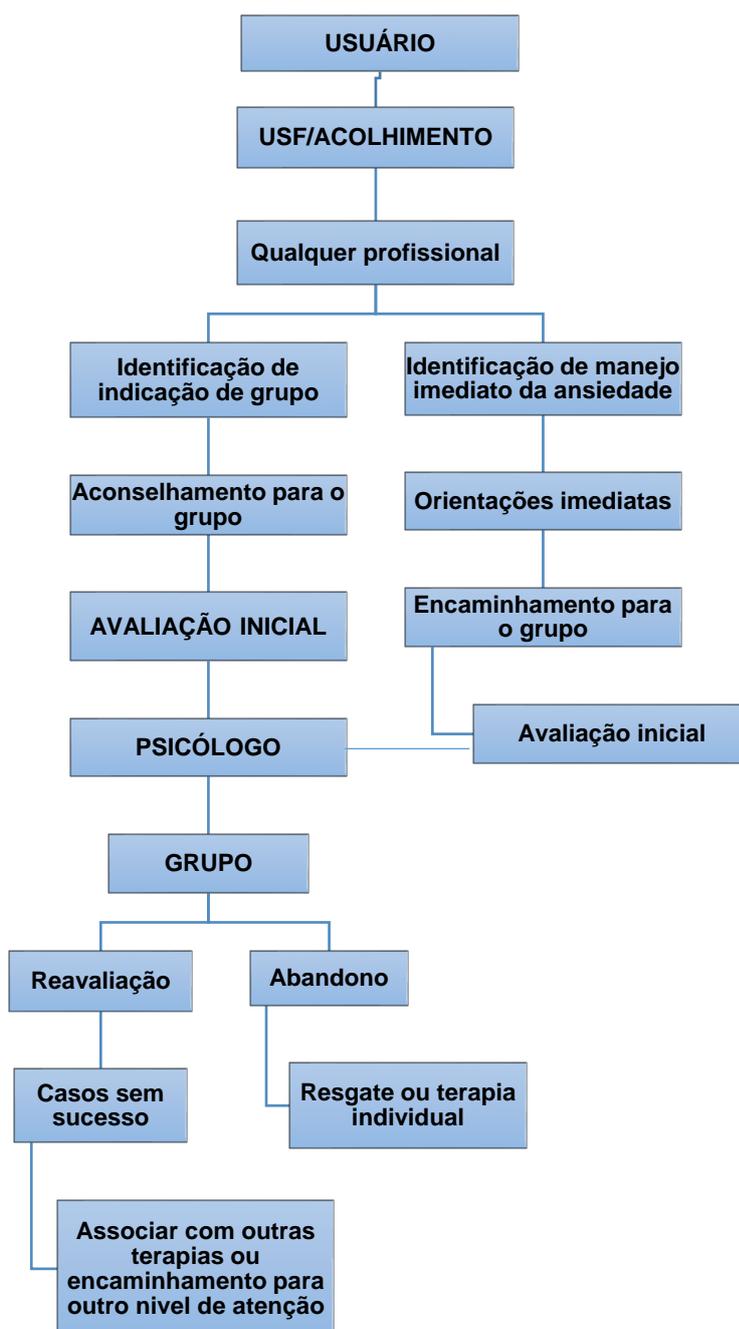
Um difusor de ambiente ou um spray de ambiente fazem o papel da aromaterapia com a utilização do óleo essencial de lavanda nos dois casos. A luz ambiente azul difusa na sala é conseguida com a utilização de lâmpadas azuis em substituição às lâmpadas brancas tradicionais. Ambas as técnicas proporcionam a ambiência ideal para complementar o cuidado da ansiedade.

Além das técnicas utilizadas, outras que trazem a experiência de relaxamento, integração e autocuidado podem ser experimentadas em qualquer momento.

6. Avaliação

Um aspecto bastante relevante e que muitas vezes é suprimido nas atividades práticas é a avaliação. Fala-se aqui tanto da avaliação inicial dos participantes do grupo como da avaliação do próprio grupo. Esta etapa é extremamente importante tanto para que se possa comprovar a melhora dos participantes quanto para verificar a efetividade do trabalho em grupo. Para tanto, pode-se recorrer a alguns protocolos de avaliação específicos para ansiedade, como também avaliação de outros aspectos como: qualidade de vida, satisfação do usuário, humanização do atendimento e satisfação com as práticas.

7. Diagrama de fluxo do usuário até chegar ao grupo



8. Quando encaminhar para outro nível de atenção

Quando percebe-se que não se obteve sucesso com as técnicas utilizadas e na reavaliação os sintomas continuam graves.

REFERÊNCIAS

D'EL REY, G. J. F.; GREENBERG, P. N.; LACAVA, J. P. L. **Protocolo de terapia cognitivo-comportamental de grupo para fobia social circunscrita**. 2007. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0354.pdf>. Acesso em: 09 out. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Tubarão: Ed. Copiart, 2010.

FARIAS, I. M. A. **Inserção de práticas integrativas em atenção à saúde mental na atenção primária**. 2019. 74 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Núcleo de Telassaúde. **Teleconduta-ansiedade**. Porto Alegre: TelessaúdeRS/UFRGS: 2017.

ANEXO A

Inventário de ansiedade de Beck

Nome: _____

Idade: _____ Data: ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

| | Absolutamente não | Levemente Não me incomodou muito | Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar | Gravemente Difícilmente pude suportar |
|---|------------------------------|--|--|--|
| 1. Dormência ou formigamento | | | | |
| 2. Sensação de calor | | | | |
| 3. Tremores nas pernas | | | | |
| 4. Incapaz de relaxar | | | | |
| 5. Medo que aconteça algo | | | | |
| 6. Atordoado ou tontura | | | | |
| 7. Palpitação ou aceleração do coração | | | | |
| 8. Sem equilíbrio | | | | |
| 9. Aterrorizado | | | | |
| 10. Nervoso | | | | |
| 11. Sensação de sufocamento | | | | |
| 12. Tremores nas mãos | | | | |
| 13. Trêmulo | | | | |
| 14. Medo de perder o controle | | | | |
| 15. Dificuldade de respirar | | | | |
| 16. Medo de morrer | | | | |
| 17. Assustado | | | | |
| 18. Indigestão ou desconforto abdominal | | | | |
| 19. Sensação de desmaiar | | | | |
| 20. Rosto afogueado | | | | |
| 21. Suor (não devido a calor) | | | | |

(BECK *et al.*, 1988)

ANEXO B

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INSERÇÃO DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM GRUPO TERAPÊUTICO COM PORTADORES DE ANSIEDADE

Pesquisador: IZABEL MYCKILANE ALVES DE FARIAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11735919.7.0000.5292

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.440.901

Apresentação do Projeto:

O presente estudo, no âmbito de dissertação de mestrado profissional, do Programa em Saúde da Família no Nordeste, objetiva avaliar o efeito de práticas integrativas na qualidade de vida de indivíduos que se autodeclararam ansiosos. Será um estudo de natureza qualitativa, usando o grupo focal como técnica para obtenção dos dados. Para tratamento dos dados serão seguidos os procedimentos de YIN, 2016 a saber: compilar dados das fontes, reler e reouvir as notas de campo, colocar tudo em formato consistente, decomposição dos dados, codificação dos dados, recomposição de dados procurando padrões, interpretação de dados com explicação e conclusão.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

Analisar se as práticas integrativas inseridas em um grupo terapêutico de sujeitos que se autodeclararam ansiosos contribuem para a melhoria da qualidade de vida desses usuários.

Específicos

Caracterizar o perfil dos participantes do grupo terapêutico;

Analisar a resposta dos usuários que se autodeclararam ansiosos aos cuidados em grupo antes da introdução das práticas integrativas;

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.440.901

Compreender se as práticas integrativas inseridas no grupo auxiliam na melhora da qualidade de vida desses portadores de ansiedade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios expostos de forma clara, acessível e objetivos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Após adequações o presente protocolo atende as resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os itens obrigatórios.

Recomendações:

Aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após adequação das condições solicitadas para tendimento as normativas o protocolo encontra-se aprovado por este Comitê de Ética.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após análise das justificativas e adequações sugeridas por este CEP, o projeto encontra-se aprovado. Desejamos sucesso na execução deste e o CEP. HUOL encontra-se a disposição para maiores esclarecimentos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1310760.pdf | 23/05/2019 22:40:11 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_detalhado_modificado.docx | 23/05/2019 22:37:29 | IZABEL MYCKILANE ALVES DE FARIAS | Aceito |
| Outros | Modelo_resposta_pendencias.pdf | 23/05/2019 22:33:54 | IZABEL MYCKILANE ALVES DE FARIAS | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_modificado.docx | 23/05/2019 22:28:08 | IZABEL MYCKILANE ALVES DE FARIAS | Aceito |
| Outros | TAGV.docx | 15/05/2019 10:29:42 | IZABEL MYCKILANE ALVES DE FARIAS | Aceito |
| Outros | Folha_pesq.pdf | 11/04/2019 | IZABEL MYCKILANE | Aceito |

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.440.901

| | | | | |
|----------------|---|------------------------|-------------------------------------|--------|
| Outros | Folha_pesq.pdf | 22:19:17 | ALVES DE FARIAS | Aceito |
| Outros | Instrumentos_de_pesquisa.pdf | 20/03/2019 08:19:56 | IZABEL MYCKILANE ALVES DE FARIAS | Aceito |
| Outros | Termo_de_autorizacao_para_uso_de_imagem.pdf | 20/03/2019 08:16:57 | IZABEL MYCKILANE ALVES DE FARIAS | Aceito |
| Outros | Termo_de_confidencialidade.pdf | 20/03/2019 08:16:14 | IZABEL MYCKILANE ALVES DE FARIAS | Aceito |
| Outros | formularioCEP.pdf | 20/03/2019 08:15:43 | IZABEL MYCKILANE ALVES DE FARIAS | Aceito |
| Outros | Declaracao_de_ao_inicio_da_pesquisa.pdf | 20/03/2019 08:14:47 | IZABEL MYCKILANE ALVES DE FARIAS | Aceito |
| Outros | cartadeanuencia.pdf | 20/03/2019 08:13:46 | IZABEL MYCKILANE ALVES DE FARIAS | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhaderosto.pdf | 08/03/2019 01:19:28 | IZABEL MYCKILANE ALVES DE FARIAS | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 05 de Julho de 2019

Assinado por:
jose diniz junior
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br