

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CAMILA GIRON

**O REIKI “IN VITRO” COMO UMA CÉLULA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS
EM SAÚDE: potencialidades e desafios para sua viabilização**

**PORTO ALEGRE
2019**

CAMILA GIRON

**O REIKI “IN VITRO” COMO UMA CÉLULA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS
EM SAÚDE: potencialidades e desafios para sua viabilização**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeira.

Orientador: Prof Dr Dilmar Xavier da Paixão

PORTO ALEGRE

2019

AGRADECIMENTOS

À Maria das Graças Garcia da Silva, minha mãe, que sempre esteve ao meu lado, inclusive nos momentos de maior dificuldade, me alimentando com o principal ingrediente necessário para construção desse trabalho: o amor incondicional. Gratidão!

Ao meu irmão José Pedro Giron, minha cunhada Natasha Louise Lazon e meu afilhado Pedro Giron Neto, a ligação com vocês não é uma escolha, porém a minha relação com vocês é, e eu escolhi amá-los e tornar de vocês uma das minhas bases mais importantes de apoio. Gratidão!

Aos meus familiares e amigos de todas as horas, dos quais mesmo na distância sempre estiveram presentes, agradeço as mensagens de apoio, abraços, momentos de alegria tão essenciais para me sentir viva e completa. Gratidão!

Às colegas e amigas que ganhei durante a graduação, vocês tornaram esses seis anos mais prazerosos, obrigada por compartilharem comigo seus saberes e sentimentos, foram essenciais para eu não me sentir só, com certeza os aprendizados foram mútuos. Gratidão!

À banca por representar a sociedade e o mundo acadêmico e do trabalho. Gratidão!

Ao Reiki, e a tudo que ele representa, por me ensinar de forma simples e sutil sobre humanização. Gratidão!

Querido amigo e orientador Dilmar Xavier da Paixão, apesar de gostares e dominares muito bem as palavras, elas são poucas para agradecer tudo o que você me ensinou ao compartilhar comigo os teus conhecimentos e tuas vivências. Admiro a sua inteligência e coerência. Agradeço pela paciência, compreensão e por ter ajudado a transformar o tédio que poderia ser a elaboração do TCC em poesia. Gratidão!

Às forças do universo, ao Sol e à Lua que foram cúmplices nessa aventura. Gratidão!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: o bambu como simbologia do reiki	6
2 OBJETIVO	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos	10
3 O REIKI E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	11
3.1 Ciclo histórico e estado da arte da terapia Reiki desde a concepção do SUS	11
3.2 Das terapias alternativas à legislação que oficializou as práticas integrativas em saúde no sus	15
3.3 Por que examinar o Reiki <i>in vitro</i> e como uma célula das práticas integrativas em saúde?	18
3.4 O Reiki no ambiente de trabalho em unidade do serviço municipal de saúde.....	22
4 A CARACTERIZAÇÃO METODOLÓGICA DO ESTUDO	27
4.1 Tipo de estudo	27
4.2 Campo da pesquisa	28
4.3 Participantes da pesquisa	28
4.4 Coleta de informações.....	29
4.5 Análise das informações	29
4.6 Aspectos éticos	30
5 O REIKI COMO PRÁTICA PROFISSIONAL HUMANIZADA E SUA VIABILIZAÇÃO NO SUS: DISCUTINDO RESULTADOS E CONSIDERANDO DESAFIOS E POTENCIALIDADES EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE	32
5.1 O município de pequeno porte como território da pesquisa.....	34
5.2 A compreensão da terapia reiki como prática profissional humanizada. ..	41

5.3 Viabilidades na implantação do reiki	47
5.3.1 Desafios para implantação.....	48
5.3.2 Potencialidades do Reiki ser implantado.....	50
5.3.3 Etapas para implantação	53
6 PARA FINALIZAR	58
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTORES MUNICIPAIS E LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS	65
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS PROFISSIONAIS	66
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA CLIENTELA	67
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	68
APÊNDICE E - CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA.....	70
APÊNDICE F - TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD).....	71
ANEXO A -PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	72

1 INTRODUÇÃO: o bambu como simbologia do Reiki

As Práticas Integrativas em Saúde (PIS) nascem de propósitos pulsantes na contemporaneidade, onde o cuidado humanizado, mais do que uma obrigação ou plano programático governamental, permite e cobra a inserção de novas dimensões de valores mais atentos aos preceitos e direitos para a vida dos seres humanos. Logo, governos, profissionais e comunidades populares são conjunções de estaturas gramaticais equivalentes, muito embora os fenômenos das cartas de princípios e atribuições com trocas sociais cidadãs tenham responsabilidades díspares diante de necessidades e de interesses demandados pelas populações ao sistema de saúde (PAIXÃO, 2019a).

A escolha deste tema para o presente estudo surgiu dessa compreensão, a de que a condição da vida humana requer a busca por saberes sensíveis, cuja ascensão é reconhecida por políticas recentes do Ministério da Saúde, como é o caso da Terapia Reiki. Disposta, legalmente, como uma das células previstas dentre as práticas integrativas vivenciadas no tecido social pela organização sistemática da saúde, essa terapêutica é cuidadosa e acurada, tem qualificação humanitária, responde adequadamente aos requisitos da ciência, cresce e se desenvolve como iniciativa no exercício de um bom número de profissionais e na aceitação da sua clientela.

Foi o contato com o professor, o conteúdo de algumas das suas aulas sobre políticas públicas e a sua maneira estimuladora do crescimento e da autonomia discente em campo de prática disciplinar durante o curso de graduação, que provocou o interesse e a coragem em estudar mais profundamente a inserção do Reiki entre as Práticas Integrativas em Saúde (PIS) e, delas, no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse interesse aumentou nos semestres que se seguiram no curso de graduação, porque se soube que uma disciplina sobre a Política Nacional das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde-PNPICS havia sido criada e, logo em seguida, era extinta pela aposentadoria da professora. Essa surpresa impediu as condições acadêmicas para o desejo de cursar a disciplina eletiva antes da formatura, embora essas práticas terapêuticas estivessem previstas na legislação e para a ação profissional nas redes pública e privada da saúde.

Além disso, a atividade como reikiana, com curso específico de formação há mais de quatro anos e a vivência periódica em atendimentos a funcionários de um grande hospital na

capital do estado, impulsionaram novas curiosidades sobre a contextualização do Reiki e das PIS no âmbito da saúde gaúcha e brasileira, agora de modo reconhecido como política pública oficial.

As lacunas nos âmbitos dos conhecimentos acadêmicos e laborais são indiscutíveis. Estendem-se desde algumas unidades de atendimento até a atenção básica, ao segmento hospitalar e em outros locais de assistência e de trabalho profissionalizado, como em empresas de diferentes tipos do campo do mercado de trabalho. Muitas das práticas integrativas estão sendo incluídas em vários desses locais, no entanto, poucos são os registros indicadores de caminhos para a viabilidade dessa implantação em benefício de trabalhadores e trabalhadoras ou da clientela em geral nos serviços do SUS.

A relevância deste estudo ressalta-se no fato de que as PIS são um novo campo de estudo, de pesquisa e de ação técnica profissional, método de inovação como plano de cuidado científico para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Há dois anos, pois a partir de 2017, o Reiki está admitido como uma das PIS no SUS (BRASIL, 2017b).

Projetar da experiência acumulada nos estágios da graduação em unidades da atenção básica para um primeiro ambiente em posto de atendimento da rede de saúde de um município de pequeno porte é outra relevância para esta análise e novas aprendizagens, pela chance de serem obtidas respostas mais próximas, quem sabe, ouvidas de profissionais, usuários e gestores da saúde ou da prefeitura.

O trabalho teve o objetivo de compreender a terapia Reiki, enquanto ciência, arte e campo de energia humana, como uma célula das práticas integrativas do SUS e marcar pronúncias para viabilizar a sua implantação em uma unidade do serviço público de saúde de um município de pequeno porte. De modo mais pontual cumpriu-se o escopo de identificar potencialidades e elementos facilitadores, reconhecer desafios e barreiras que possam dificultar a viabilização dessa terapia e descrever a concepção do Reiki na ótica dos profissionais e dos gestores dos serviços de saúde.

O território geopolítico e social de um município considerado censitariamente como de pequeno porte delimita-o, intencionalmente, por dois aspectos fundamentais: a proximidade mútua entre a população, as autoridades gestoras e profissionais e a ênfase para valorizar as comunidades locais circundantes de uma ou outra unidade mínima de serviços públicos, por isso com probabilidades interativas de interfaces e integrações mais humanas, de reconhecimento pessoal e menos burocratizado. A própria VIII Conferência Municipal de

Saúde, realizada recentemente, registrou a manifestação, como logo será explicada, para ampliar as práticas integrativas no seu território. Em foco, a Terapia Reiki não está ofertada em unidade do setor público da saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA RITA, 2019).

A questão central que orientou esta pesquisa foi, portanto: considerando-se as potencialidades e os desafios, o que pode ser sugerido para viabilizar a implantação do Reiki como prática integrativa de saúde em unidade do serviço público do SUS de um município de pequeno porte?

Metodologicamente, este estudo é classificado como uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa e de exame documental. A legislação brasileira atinente ao Reiki e às PIS reuniu o suporte basilar, reforçado por publicações oficiais de domínio público e documentos com consulta autorizada pela estrutura gestora da Secretaria Municipal da Saúde e do controle social. Destaques para as informações encontradas no Plano Municipal de Saúde, em vigência de 2018 a 2021 e no Relatório da VIII Conferência Municipal de Saúde, realizada em 09 de abril de 2019.

Gestores da área da saúde no município, lideranças locais, profissionais e clientela frequentadora do Reiki acrescentaram contribuições relevantes, a partir da flexibilidade de entrevistas semiestruturadas perquirindo o tema e respostas compreensivas oriundas do campo de análise, considerado o tamanho previsto de um local de atendimento da rede de atenção básica do município de pequeno porte, constando detalhadamente na caracterização metodológica deste estudo.

A organização deste trabalho apresenta o bambu (*Bambusa vulgaris vittata*), com nomes regionalizados e diferentes, tais quais “taboca” e “taquara”, como uma das principais simbologias da Terapia Reiki. Na sequência trata-se da concepção do Sistema Único de Saúde, revisitando-se do ciclo histórico ao estado da arte do Reiki e das terapias alternativas à legislação que o oficializou como uma das células das Práticas Integrativas em Saúde- PIS.

Com essa sistemática, prossegue-se examinando a Terapia Reikiana no ambiente de trabalho e em unidade do serviço municipal da rede de saúde, apropriando-se os passos seguintes de seleção, preparo, reflexão e análise científica do Reiki como prática profissional qualificada – e – humanizada. Os resultados desta pesquisa apontam potencialidades, desafios e recomendações para viabilizar a implantação da Terapia Reiki em uma unidade do serviço público e, extensivamente, a qualquer ambiência da atividade humana e profissional.

A flexibilização do bambu corresponde, nesta elaboração simbólica, ao desejo afetuoso de contribuir com a sua comunidade de nascimento e residência. A característica do município de pequeno porte considera as chances mais rápidas de serem implantadas novas práticas de assistência e atenção em saúde, como é o Reiki, ainda mais, quando é uma aspiração de muitas lideranças na gestão governamental e do conselho de saúde que conta com a parceria formal de áreas com expertise temática da universidade que lhe é próxima.

2 OBJETIVO

O conjugado de finalidades deste trabalho está sistematizado em objetivo geral e de fins específicos.

2.1 Objetivo geral

Este estudo tem o objetivo de compreender a terapia Reiki, enquanto ciência, arte e campo de energia humana, como uma célula das Práticas Integrativas em Saúde do SUS e destacar etapas para viabilizar a sua implantação em uma unidade do serviço público de saúde de um município de pequeno porte.

2.2 Objetivos específicos

São objetivos específicos desta pesquisa:

- a) Identificar potencialidades e elementos facilitadores para implantação do Reiki em município de pequeno porte.
- b) Reconhecer desafios e barreiras que possam dificultar a viabilização do Reiki no processo da sua implantação.
- c) Descrever a concepção do Reiki na ótica dos profissionais e dos gestores dos serviços de saúde.

3 O REIKI E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Este estudo sobre o Reiki e as Práticas Integrativas em Saúde está organizado na revisão da literatura em quatro aspectos gerais: a organização das PIS no SUS, considerados o ciclo histórico e o estado da arte; a legislação que oficializou as PIS; o Reiki propriamente dito como uma célula das Práticas Integrativas em Saúde e o Reiki no ambiente de trabalho em uma unidade do serviço de saúde de um município considerado na classificação política e institucional como de pequeno porte.

3.1 Ciclo histórico e estado da arte da Terapia Reiki desde a concepção do SUS

A criação do Sistema Único de Saúde ocorreu pela Constituição Federal (BRASIL, 1988), vigente desde a sua promulgação a 27 de julho de 1988, o Brasil recém-saído da ditadura militar. Este documento legal passou a ser cognominado de Constituição Cidadã, dentre outras fundamentações, pelo avanço no registro dos direitos sociais às populações, uma das mais avançadas do mundo no âmbito das garantias individuais, assegurando direito à licença-maternidade e a garantia ao réu de não se autoincriminar, além da destinação de fatias dos recursos do orçamento – que antes iam para a infraestrutura – para a educação, a cultura e a previdência, e por definir a tortura e ações armadas contra o Estado Democrático como crimes inafiançáveis. Essa Carta Magna concentrou poderes no Executivo, abrindo, assim, a possibilidade de alterações de leis por meio do Judiciário, sem a necessidade do crivo do Congresso Nacional (A CONSTITUIÇÃO CIDADÃ, 2016).

As práticas profissionais no campo da saúde pública brasileira nem sempre estiveram fiéis a essas ideias contempladoras como direito universal e de humanização da saúde. A jornalista Dione Oliveira Moura (2008) distingue pelo menos dois grandes paradigmas antagônicos comuns no exercício das equipes oriundas de formações profissionais mais conservadoras: um que pratica o método do apenas ‘remediar’ (a ação pós-dano) e, o outro, na alternativa da ‘prevenção’ (ação anterior ao dano). Essa dicotomia tem dividido, historicamente, as atitudes e os procedimentos dos profissionais com argumentos de parte a

parte e onde os processos de trabalho têm sido instituídos mais curativistas do que preventivos dessas lesões.

Na década de 70 estavam idealizados modelos sanitários estruturados com ênfase em uma atenção primária baseada na prevenção e na promoção de saúde, considerando-se um conjunto de fatores que propiciam e determinam condições satisfatórias de vida, nutrição, emprego, renda, educação, como conceito de saúde, abandonando ausência de doença (PAIXÃO, 2009). Antes disso, já havia mobilizações por uma reforma sanitária desde 1922, com influência dos ideais vistos na semana da arte moderna, inclinados a integralizar, universalizar, descentralizar e democratizar a saúde (PAIXÃO, PAIXÃO e RIOS, 2013).

A sanitarista Áurea Pitta (1994) invoca a década de 1970 e o discurso de massa para associar, simbolicamente, saúde ao consumo de mercadorias, serviços e tecnologias médicas sofisticadas. Outro pensamento, influente nas ações programáticas para a época, ainda se estende a lances da política oficial contemporânea que, erroneamente, defende que todos os males físicos podem ser medicados, mas não prevenidos. Esta tradição campanhista remonta aos primórdios das campanhas públicas de saúde no Brasil, na década de 1930. Essas mesmas campanhas para adesão às políticas governamentais obedecem a um modelo clínico de atenção a partir de uma visão pragmática de aporte com contribuições técnicas, pretensamente objetivas, em detrimento do modelo assistencial proposto pelo SUS.

Para aprofundar mais essa visão retrospectiva, recorre-se à pesquisa da sanitarista Roberta Silveira (2018) que, na história das políticas públicas de saúde, expõe que até a instalação do Império não havia tipo algum de modelo que se ocupasse da saúde da população vista de maneira coletivizada. As práticas de saúde eram realizadas por curandeiros, utilizadores de recursos disponíveis na terra como ervas e plantas. Com a vinda da Família Real para o Brasil foi organizada uma mínima estrutura sanitária, conforme consta em Bertolli Filho (1996) apud Cielo et al (2015).

As primeiras normas para esse campo da política em saúde foram criadas apenas no início da Velha República, coincidindo com o processo de urbanização, aumento populacional e modernização das cidades (SILVEIRA, 2018). Em resposta ao incremento de doenças transmissíveis, tais quais a cólera, a peste bubônica, a febre amarela, a varíola, a lepra e a febre tifóide, recorreu-se a maior vigilância e geração de uma política sanitária (KRUSE, 2006). Vale ressaltar que essa preocupação ligava-se bem mais ao interesse de não prejudicar a economia exportadora do café na época.

Esse modo de cuidado, de todo campanhista, era repressivo e incluía intensa vigilância policial sobre a população. Cielo et al (2015) cita o movimento que ficou conhecido como A Revolta da Vacina, em 1904, pela insatisfação do povo com o modelo sanitário e campanhista proposto por Oswaldo Cruz, com a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola.

Em outros episódios, a história brasileira segue marcada por políticas de saúde nem sempre atentas e direcionadas para o benefício da população. Escorel (2012) refere-se à primeira década do regime militar, idos de 1964, marcada por um sistema de saúde estatalizado com preponderância da lógica e do modelo da previdência social, enfraquecendo os recursos do Ministério da Saúde que acobertava esse setor.

Todas essas movimentações ligadas às políticas de saúde, como é possível dizer, acumularam iniciativas representadas em planos, programas, projetos e campanhas, com modelos elaborados e/ou modificados e com várias denominações, como podem ser encontradas com facilidade, se houver interesse nesse tipo de revisão histórica. Pode-se, contudo, reconhecer que houve progressos no movimento reformista e nas manifestações populares, tendo-se por constatação, as Conferências de Saúde, geradoras de pressões por mudanças, incontestáveis para as políticas governamentais nessa área (PAIXÃO e GIRON, 2019).

A extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) é um exemplo importante, ora porque seguia pagando por procedimentos curativistas mesmo diante das novas iniciativas preventivistas, ora porque com o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS) e seu propósito de universalizar assistência, até então beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal e seus dependentes. Evidentemente, isso ocorreu no período anterior à aprovação da Lei Orgânica da Saúde, a 28 de setembro de 1990 (PAIXÃO, PAIXÃO e RIOS, 2013).

Convém ressaltar que as principais ideias sobre a saúde universalizada, integral e ampla, respeitadora das opções das pessoas e comunidades, da participação popular cidadanizada e da dignidade dos seres humanos que constam, firmemente, na atual Constituição Federal, são oriundas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, contemplando o que já era citado em Alma-Ata, na Conferência sobre a Atenção e os

Cuidados Primários de Saúde, no ano de 1978, do qual o Brasil foi um dos países signatários (BRASIL, 2006).

As práticas integrativas e complementares contempladas neste estudo originam-se de motivos como esses: a participação das pessoas, o desejo dos coletivos populares e a oportunidade dos indivíduos membros de uma sociedade adotarem suas escolhas e posicionamentos. Por isso, a defesa dos cuidados primários em saúde, assim lembrada contemporaneamente, ganhou força desde meados dos anos 1980, quando foi formada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária-CNRS, por exemplo (PAIXÃO e GIRON, 2017).

A elaboração de mecanismos estabelecidos em torno da defesa do SUS, visando garantir o cumprimento das suas diretrizes e princípios, fez com que surgissem muitas modalidades de intervenção alternando-se modelos e formatos para as políticas públicas em saúde.

A Constituição da República Federativa do Brasil prevê, em seu inciso II do art. 198, a integralidade da atenção como diretriz do SUS, uma base importante de sustentação e para a defesa da implantação e implementação das Práticas Integrativas em Saúde no SUS e nos diversos ambientes de trabalho (BRASIL, 1988).

Para que se tenha uma ideia da conjuntura nacional e da relevância da prática dessas terapias no Brasil, dados recolhidos do portal digital do Ministério da Saúde, reportando-se à 2017, dão conta de que as PIS estão presentes em 9.350 estabelecimentos de 3.173 municípios do país, sendo que 88% são oferecidas na atenção primária. Na atualidade, a Acupuntura é a mais difundida, com 707 mil atendimentos e 277 mil consultas individuais. Em segundo lugar, aparecem as práticas de Medicina Tradicional Chinesa com 151 mil sessões, como Taichi-Chuan e Liangong. Em seguida, figura a Auriculoterapia com 142 mil procedimentos. Foram registradas ainda 35 mil sessões de Yoga, 23 mil de Dança Circular/Biodança e 23 mil de Terapia Comunitária, entre outras (VALADARES e BERALDO, 2018).

As práticas ligadas aos usos e costumes populares têm uma trajetória importante, porque enfrentam um período intenso de políticas educativas e assistenciais, reagindo, aos poucos, para chegarem nesse estágio de maior aceitação e reconhecimento, como restará comprovado ao longo deste trabalho.

3.2 Das terapias alternativas à legislação que oficializou as Práticas Integrativas em Saúde no SUS

Embora a base legal do direito a saúde esteja assentada na Constituição (BRASIL, 1988) e demais mecanismos normatizadores infraconstitucionais nas diversas esferas de governo, há, ao menos, quatro documentos essenciais definidores dos parâmetros diante dos quais as práticas integrativas em saúde podem ser implantadas e viabilizadas nas unidades na rede pública do SUS. A Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, aprovou a Política Nacional das Práticas Integrativas em Saúde (BRASIL, 2006). A Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 incluiu outras 14 práticas na PNPICS (BRASIL, 2017b). A Secretaria de Atenção Básica do Ministério da Saúde lançou o Glossário Temático intitulado Práticas Integrativas Complementares em Saúde (BRASIL, 2018). Mais recentemente, a Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, acrescentou mais dez práticas na PNPICS.

No Rio Grande do Sul, está aprovada a Resolução nº 695, de 30 de dezembro de 2013, definindo A Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares. Com o princípio fundamental de respeito à vida e à opção terapêutica, essa Política listou o Reiki como umas das terapias, antes mesmo da Política Nacional, em 2017 (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

Um total de 267 municípios gaúchos oferecem as PIS na atenção básica aos usuários do SUS, notadamente, tratamentos com Medicina Tradicional Chinesa, Terapia Comunitária, Dança Circular, Yoga, Massagem, Auriculoterapia, Massoterapia, Arteterapia, Meditação, Acupuntura, Musicoterapia, Tratamento Naturopático, Osteopático e Reiki. Em 2017, foram registrados mais de 67,7 mil atendimentos individuais no Rio Grande do Sul (VALADARES e BERHALDO, 2018).

Foi, em 1970, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a preconizar a integração entre a medicina científica moderna com a medicina tradicional, essa que se refere a práticas e conhecimentos populares. Em documento intitulado “Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional 2002-2005”, a instituição inaugurou o estímulo para que os diversos Estados-Membros passassem a regulamentar as práticas realizadas na medicina tradicional complementar (MTC). Os principais objetivos eram: integrar a medicina tradicional aos sistemas nacionais de saúde; garantir a segurança, eficácia e qualidade fornecendo orientações sobre diretrizes, regulamentos e controle de qualidade; aumentar a disponibilidade, conforme

apropriado, enfatizando o acesso para as populações pobres e promover o uso racional da oferta de serviços (OMS, 2002).

A intenção da OMS, para que as medicinas tradicionais (MT) e/ou as medicinas alternativas complementares (MAC) estivessem incluídas dentre os cuidados primários em saúde dos sistemas públicos dos seus países membros, segundo Silveira (2018), surtiram efeitos precários e apenas a partir do documento *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*.

A medicina tradicional reúne práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios para manutenção do bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir doenças (OMS, 2002 apud SILVEIRA, 2018). Em países cuja política de saúde tenha a biomedicina como característica hegemônica, podem ser encontradas as nomenclaturas de medicina alternativa, complementar ou não convencional (OMS, 2002).

Com a Resolução da Assembleia Mundial da Saúde, em 2003, os Estados-Membros reconheceram o papel de certos profissionais dessas práticas tradicionais como um dos recursos importantes na prestação de serviços de cuidados primários em saúde, particularmente, a comunidades de países de baixa renda (WHO, 2003).

A estratégia da OMS sobre a medicina tradicional (2014-2023) foi desenvolvida com o objetivo de apoiar os Estados-Membros, aprimorando a estratégia de 2002-2005 com contribuição potencial da medicina tradicional complementar para a saúde, o bem-estar e os cuidados de saúde. Centrada nas pessoas, destinou-se a promover o uso seguro e eficaz das terapias por meio de regulamentação e pesquisa, bem como incorporar produtos, profissionais e práticas nos sistemas de saúde (OMS, 2013).

É importante registrar a proposta conceitual que a própria instituição máxima da saúde mundial reconhece, distribuindo a medicina tradicional, a medicina complementar e a medicinal tradicional e complementar no seguinte plano de diferenças (OMS, 2013), como é exposto:

- Medicina Tradicional: respeita a longa história da sua tradição, somando conhecimentos, capacidades, práticas e experiências próprias de diferentes culturas visando a manutenção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de enfermidades físicas e mentais. Por isso mesmo tradicional.

- Medicina Complementar ou Alternativa: ações profissionais e práticas de atenção à saúde não consideradas como parte da tradição ou da medicina convencional e, portanto não integrante do sistema de saúde de um dado país.

- Medicina Tradicional e Complementar: esse conjunto é formado por produtos, práticas e ações profissionais que, baseados em teorias crenças e vivências culturais diversas, inter-relacionam componentes da medicina tradicional com a medicina complementar e vice-versa.

O desenvolvimento dos estudos e pesquisas com rigor científico alcançaram novos e progressivos *status* a essas formulações das PIS, a ponto de passarem a figurar com fortes garantias da legislação. Porém, a prática das ações ainda tem lenta implantação.

A história das Práticas Integrativas em Saúde percorre esse ciclo evolutivo por dentro dessa sistemática organizativa do SUS. Antes conhecidas por terapias alternativas, passando a terapias integrativas, e hoje reconhecidas na forma de práticas integrativas e complementares, merecem atenção, principalmente por estarem envolvidas com a prevenção da saúde, que está dentro do primeiro pilar, promovendo a saúde e cuidando das famílias brasileiras, dos quatro pilares básicos que estruturam o SUS (PAIXÃO e GIRON, 2017).

No Brasil, em 03 de maio de 2006, a Portaria nº 971 aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Ao pesquisar sobre a genealogia da PNPIC, Emerson Merhy e Ricardo Moebus (2017) chamam a atenção de que até 2017 essa política oficial mencionava tão somente as práticas de homeopatia, acupuntura, fitoterapia, termalismo social e crenoterapia.

A Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017, alterou a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na atenção básica. Incluiu a Forma de Organização das “Práticas Integrativas/Complementares” como ações de promoção e prevenção em saúde, junto às atividades coletivas e individuais, codificando os procedimentos de Práticas Corporais em Medicina Tradicional Chinesa, Terapia Comunitária, Dança Circular/Biodança, Yoga, Oficina de Massagem/Automassagem, Sessão de Auriculoterapia, Sessão de Massoterapia e Tratamento Termal/Crenoterápico (BRASIL, 2017a).

Três meses após, a Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, acrescentou a Arteterapia, a Ayurveda, a Biodança, a Dança Circular, a Meditação, a Musicoterapia, a Naturopatia, a Osteopatia, a Quiropraxia, a Reflexoterapia, o Reiki, a Shantala, a Terapia

Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS. Esta é a principal regulamentação que legitima o Reiki como terapia de saúde (BRASIL, 2017b).

Por fim, a Portaria nº 702, de 21 de março de 2018, é a mais recente sobre o tema e estabelece em seu Art. 1º:

Ficam incluídas, na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC, as seguintes práticas: aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia apresentadas (BRASIL, 2018, p.1).

As Práticas Integrativas em Saúde interagem com as outras políticas e métodos de saúde, contribuindo para o SUS por sua integralidade, além de possibilitar ao indivíduo a escolha do tipo de tratamento que melhor lhe convém, tornando-o responsável pelo seu cuidado em saúde. Essa atitude, no dizer de Paulo Freire apud Streck, Redin e Zitkoski (2018), contribui para a emancipação humana e as condições de cidadania.

Como uma semente plantada cuidadosamente, as PIS a floraram e têm sido cultivadas correspondendo a ganhos estruturais muito importantes, tanto nas políticas públicas oficiais, quanto na sua absorção e preferência de unidades do segmento privado do mundo do trabalho.

Ao adotar a terminologia das Práticas Integrativas em Saúde, sem o cognome de “complementares”, reforça-se, como consta em Paixão e Giron (2018), que, em muitas ocasiões, uma ou outra das PIS são a única fonte de referência terapêutica para pessoas de lugares sob maior pobreza e vulnerabilidade social.

3.3 Por que examinar o Reiki *in vitro* e como uma célula das Práticas Integrativas em Saúde?

Este estudo tem o objetivo de compreender a Terapia Reiki, enquanto ciência, arte e campo de energia humana, como uma célula das Práticas Integrativas em Saúde do SUS e destacar etapas para viabilizar a sua implantação em uma unidade do serviço público de saúde de um município de pequeno porte. Para tanto, pretende-se identificar potencialidades e elementos facilitadores para essa implantação; reconhecer desafios e barreiras que possam

dificultá-la e descrever a concepção do Reiki na ótica dos profissionais e dos gestores dos serviços de saúde.

Segundo a Associação Brasileira de Reiki (s.d.), essa prática terapêutica é um método de cura natural pelas mãos, podendo ser definido como a arte e a ciência da ativação, do direcionamento e da aplicação da energia vital universal, na intenção de promover o completo equilíbrio energético, prevenir disfunções e para possibilitar as condições necessárias a um completo bem-estar. Deste modo é a energia constituinte dos seres, inclusive, em todas as etapas da vida, além da porção de força vital que anima todos os corpos, fazendo com que uns sejam saudáveis, e outros, enfermos. Essa força vital, ausente ou presente, é uma luz invisível, que passa pelo cérebro, o sistema nervoso e os vasos sanguíneos.

A prática do Reiki, vista como tecnologia de cuidado em saúde, compõe-se da justaposição da palavra *Rei-Ki*, cujas sílabas significam, respectivamente essência energética do universo e força vital fundamental, que é energia básica, como reafirmam Márcia Jacobsen et al (2017). Essa mesma referência, indica que, além do aspecto físico, a energia vital atua nas condições psicológicas e emocionais, fortalece o sistema imunológico e estimula a disposição da pessoa para mudança de hábitos, por vezes, deletérios à saúde, como fumar, alimentar-se inadequadamente ou cultivar pensamentos e comportamentos depressivos.

Historicamente, a prática tradicional do Reiki tem origem oriental oferecida, como explica Cordeiro (2016), a indivíduos em situação de saúde e de doença, mediante um sistema de cura bioenergética. Essa técnica é reiniciada em torno do ano de 1865 (STEIN, 1995 apud JACOBSEN et al, 2017), retomada pelo monge Mikao Usui no início do século XX (SALLES e SILVA, 2011 apud JACOBSEN et al. 2017). Para a Associação Brasileira de Reiki (s.d.) foi Hawayo Takata na década de 1940 levou essa prática para o Ocidente; no Brasil, conhecida a partir de Egidio Vecchio em 1983.

O fato de marcar a nomenclatura *in vitro* e a categoria de “uma célula das PIS” é proposital, porque se quer sobressair a Terapia Reikiana com o cuidado que se recomenda quando se examina uma célula, no caso, o Reiki como uma célula importante no conjunto das Práticas Integrativas em Saúde, oficialmente autorizada.

Estudos *in vitro*, neste contexto, referem-se a um ambiente preparado, no qual algumas variáveis podem ser controladas ou, pelo menos, observadas. Esses procedimentos acontecem em laboratórios ou comunidades, onde pesquisadores criam situações próximas às

reais para observarem as respostas a determinadas tarefas (TRAVASSOS e BARROS, apud PEREIRA E TRAVASSOS, 2014).

O Reiki está sendo apontado com uma situação *in vitro*, principalmente por sua característica básica de ser “um método de cura simples, que permite absorver mais energia vital, potencializando e equilibrando a energia do ser humano” (JACOBSEN et al, 2017, p.133).

À luz das compreensões e variantes conceituais classificatórias recorre-se à distinção elaborada por Travassos e Barros apud Pereira e Travassos (2014), dividindo os estudos experimentais e consideradas as diferenças de acordo com o nível de controle existente sobre o ambiente onde são executados. Essas separações nominais mais frequentes são organizadas nas denominações: *in vivo*, *in vitro*, *in virtuo* e *in silico*.

Os exames *in vivo* referem-se a estudos que envolvem pessoas em seus próprios ambientes e são desenvolvidos em circunstâncias reais. *In virtuo* são aqueles que ocorrem em ambiente virtual, manipulado por pessoas através de computadores, em análise de uma representação simulada de fenômenos reais. Na pesquisa *in silico*, o ambiente é completamente composto por modelos numéricos, sem envolvimento humano, portanto com o ambiente e os indivíduos descritos virtualmente. Por fim, a classificação *in vitro* é aquela onde, em um ambiente controlado, participam pessoas que atuam como representantes da população de interesse (TRAVASSOS e BARROS, apud PEREIRA E TRAVASSOS, 2014). Esta característica identifica o âmbito buscado neste trabalho, ao ser realizado para o território de uma unidade do sistema de saúde de um município de pequeno porte.

Atualmente, são 29 terapias consideradas como Práticas Integrativas em Saúde: Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Medicina Antroposófica/Antroposofia aplicada à saúde, Ozonioterapia, Terapia de Florais, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Fitoterapia, Acupuntura, Homeopatia, Yoga. (BRASIL, 2018)

O Reiki é uma dessas sementes, pois, embora seja uma prática conhecida no mundo, somente através da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, recebeu o respectivo reconhecimento legal para ser aplicado nos serviços da rede pública de saúde do Brasil, com

reconhecimento e remuneração a ser pactuada nas comissões bipartite e tripartite, com o Estado e o Ministério da Saúde.

Se as Práticas Integrativas em Saúde correspondem a um organismo, repleto de sistemas, órgãos e células, o Reiki nada mais é do que uma célula desse grande organismo. Estudá-lo *in vitro* pode parecer um desafio em virtude da complexidade da terapia que abrange o ser como um todo (corpo, mente e espírito), porém a explicação dar-se-á com essa descrição *célula- Reiki, PIS- organismo*, como é feita a seguir.

Valendo-se das PIS na imagem de um grande organismo, cada uma das terapias tem o seu valor individual e, no conjunto com as demais, como a uma célula, devem ser dadas as devidas atenções e se entender o significado desses avanços no sistema SUS de aprovação dessas práticas. No entanto, deve-se ressaltar que é muito complexo querer-se adotar a implantação de mais de uma das PIS ao mesmo tempo. Antes, precisam ser observados e avaliados detalhes importantes, como a própria vocação das pessoas de cada localidade. Num mesmo município, como é o caso, as suas diferentes comunidades têm suas práticas de escolha peculiares e o poder público não pode ser um invasor dessas características populares sob nenhum pretexto (PAIXÃO e GIRON, 2019).

Exposto na concepção como uma das células das PIS, o Reiki *in vitro* pode ser melhor entendido atendo-se a procedimentos, técnicas e ambiências delimitadas por detalhes específicos. O Reiki não tem contraindicações, não necessita lugar especial para aplicação e nem o uso de aparelhos ou tecnologias. Entretanto, têm cuidados que podem favorecer para que a sua prática seja aproveitada com maior êxito pelo receptor (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REIKI, s.d.).

No preparo do local para realização da técnica do Reiki recomendam-se procedimentos para purificar o ambiente, feito com incensos ou difusores aromáticos e o uso dos símbolos sagrados do Reiki, que variam de acordo com o nível de habilitação do terapeuta. Se for possível, o lugar deve calmo e tranquilo, onde, de preferência, o receptor possa ficar deitado e relaxado. O uso da música auxilia o relaxamento, facilita a paz e a tranquilidade, o que melhora a receptividade e a concentração de quem o aplica (VIEIRA, 2017).

Quando é feita a harmonização do Reiki, o terapeuta é orientado ao autocuidado que inclui: não consumir bebida alcoólica, drogas e carne vermelha com dois dias de antecedência à aplicação. Esses cuidados mínimos exemplificados são necessários, porque o reikiano é o

canal de transmissão da energia e, dessa forma, ele estará limpo e purificado. Idênticas orientações são transmitidas ao receptor (VIEIRA, 2017).

O profissional deve lavar bem as mãos até o antebraço, com sabão, antes de iniciar a imposição das mãos. Ao iniciar qualquer procedimento sugere-se estar grato e com o coração puro de intenções positivas, considerando-se esse “conhecimento” como fator primordial a um reikiano. A partir do momento seguinte, é pedido à pessoa receptora do Reiki que ela respire profundamente e pense em lugares que para ela sejam confortáveis, como a uma bela natureza, além de pensamentos tranquilos. Com as mãos em forma de prece, o terapeuta pede autorização aos Mestres do Reiki, para que, através das suas mãos, seja transmitida a mais pura energia. Então, estarão conectados com essa energia e utilizando os símbolos ensinados pelo mestre Usui. Pela imposição das mãos, todos os *chackras* (coronário, frontal, laríngeo, cardíaco, plexo solar, umbilical, sexual, e o básico) recebem a energia. Existem outros pontos, os secundários, onde, também, pode ser feita a aplicação. São eles: mãos, ombros, ouvidos, joelhos e pés. O tempo de aplicação em cada ponto depende do grau do reikiano. Ao término, o praticante juntará as mãos em forma de prece e agradecerá aos Mestres, lavando suas mãos e o antebraço com sabão (VIEIRA, 2017).

Destacado o Reiki como uma das células das práticas integrativas, convém salientá-lo, igualmente, entre as diversas dimensões explanáveis para o cuidado humano, em especial, ao toque terapêutico que transcende outros procedimentos técnicos e profissionais. As enfermeiras Raquel Melo de Sousa e Celma Martins Guimarães (2014) apontam a contribuição ao transmitir conforto e calor humano, o que favorece a recuperação e a reabilitação das pessoas doentes.

3.4 O Reiki no ambiente de trabalho em unidade do serviço municipal de saúde.

Os municípios constituem as unidades autônomas de menor hierarquia dentro da organização político-administrativa do Brasil. Sua criação, incorporação, fusão ou desmembramento dependem de leis estaduais, que devem observar o período determinado por legislação complementar federal e a necessidade de consulta prévia, mediante plebiscito, às populações envolvidas, após a divulgação dos estudos de viabilidade municipal, apresentados

e publicados na forma legislada. São regidos por leis orgânicas, observados os princípios estabelecidos na Constituição Federal e na Constituição do Estado, onde se situam, e podem criar, organizar e suprimir distritos da sua área territorial (STAMM, 2013).

A cidade é o importante local da vitalidade econômica, das condições culturais e sociais, além de ser o centro das decisões políticas. Ela é um fenômeno de aglomerados industriais, comerciais, financeiros, religiosos e de lazer da população, que procura satisfazer o seu bem-estar social. A isso, Castells (1983) denominou de aglomerados funcionais, ou seja, esses aglomerados com as suas funções específicas.

Essa característica classifica os municípios até 20 mil eleitores, ou seja, diferente de pessoas que possam ser seus habitantes eventuais na localidade, os cidadãos e cidadãs votantes. Nestas dimensões, esses municípios são os considerados de pequeno porte (STAMM, 2013).

Em um trabalho que tem o objetivo de estudar etapas para viabilizar a inserção da Terapia Reiki em uma unidade do serviço público de saúde de um município de pequeno porte é preciso indagar sobre os atributos que justificam a escolha do local utilizado como referência para o estudo. Essa territorialidade do município escolhido respeita e identifica os parâmetros comuns à grande média das municipalidades brasileiras, de pequeno porte, esperando-se, do poder público e do controle social, o estabelecimento de diretrizes e garantias à implantação e à implementação das práticas integrativas em saúde.

Há um vínculo afetivo de munícipe da autora e o reconhecimento de que a sua formação universitária como enfermeira, em uma universidade pública, gratuita e de qualidade (como se diz), configura o senso consciente e responsável de contribuir com a população usuária, profissionais e gestores públicos do serviço de saúde.

Pertencente à microrregião metropolitana do Rio Grande do Sul, o município eleito como cenário para os estudos proporcionais e perspectivos desta pesquisa possui, aproximadamente 16.350 eleitores inscritos. Conta com vinte e três escolas, quatro creches municipais e dois postos de saúde, tendo, como principais produtos, indústrias de cimento, alto-falantes, móveis vergados e tecidos, além da pecuária de bovinos, suínos e frangos e da agricultura de arroz, melancia, mandioca, verdura e, principalmente, melão, o maior produtor do Estado. Possui atrações turísticas como feiras agrícolas e o dito “maior parque automobilístico da América Latina”. Além desse destaque, salientam-se algumas empresas instaladas em seu território e outras corporações programadas como novos e grandes

empreendimentos em futuro breve (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA RITA, 2018).

Mesmo com todos os esforços e implementações de políticas públicas, que promovam uma saúde com acesso universal e descentralizada, a realidade é, em especial nos centros urbanos, de uma saúde baseada no atendimento hospitalar, uma cultura de boa parte da população em busca da resolubilidade imediata. A prevenção e a busca pelo autocuidado ficam perdidas, se a opção das pessoas demandar pelo modelo biomédico de cuidado e com grandes tecnologias envolvidas nas suas terapêuticas. Reduz-se o investir na atenção básica, pois os hospitais, sempre lotados, utilizam maior percentual do financiamento público.

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde-PICS podem produzir atuais compreensões ao processo saúde-doença, numa perspectiva holística e de autocuidado, porém, segundo Lima (2013), devido ao acesso restrito, à falta de intersetorialidade e pela dificuldade do trabalho interdisciplinar no ambiente do SUS, possui sua realização com entraves, descaracterizando-as e comparando-as a outros serviços especializados no SUS.

Em experiência, um hospital da grande Porto Alegre-RS prestava atendimentos mensais com Reiki aos funcionários. Era possível perceber a boa aceitação da população que recebia a terapia e a satisfação dos reikianos que realizavam voluntariamente essas sessões. Essa prática foi realizada por oito anos contínuos (PAIXÃO e GIRON, 2017). Em busca de novos dados para esta pesquisa, verificou-se o encerramento dessa atividade em virtude do afastamento da enfermeira responsável. Participantes relataram como causa, o desinteresse, o desestímulo e dificuldades por parte da gestão subsequente. Mesmo assim, aquele trabalho prossegue reconhecido como de profunda importância e serve como modelo aprovado desde a sua implantação.

De outro ângulo, a prática disciplinar da autora no curso de graduação na Estratégia de Saúde da Família-ESF Osmar Freitas, referida como uma das motivações para este estudo, possibilitou a implantação-teste do Reiki nesse ambiente da rede de saúde de Porto Alegre. As atitudes corajosas da enfermeira da unidade, juntamente com a do professor, que incentivaram essa iniciativa realizada pela reikiana e graduanda, trouxeram experiências reveladoras, tanto para os utentes do serviço que receberam a prática e relataram satisfação com momentos de harmonia, tranquilidade e valorização da pessoa como ser humano, quanto para a própria discente, que percebeu alguns entraves como o receio das pessoas com o desconhecido, o descrédito de alguns profissionais e a dificuldade da viabilização de uma prática dentro do

serviço até mesmo pela falta de informação e divulgação das PIS. Desde então, emergiram questionamentos e motivos para esta pesquisa, aproximados ao desejo de ajudar a profissionais, gestores e lideranças disseminando-lhes conhecimentos e a oferta do Reiki a pessoas interessadas pela terapia.

Importa, porém, diferenciar os termos “implantação” e “implementação”. Conforme Saravia (2006), *implementação* constitui o planejamento e a organização necessária para executar uma política. Sendo assim, é a preparação para pôr em prática a política pública, a elaboração de todos os planos, programas e projetos que permitirão desenvolvê-la. Segundo Michaelis (2018), *implantação* é o ato ou efeito de implantar(-se); estabelecimento e fundação ou fixação; colocação, inauguração.

A ideia de colaborar, oferecendo uma relação de etapas e providências para a implantação do Reiki no ambiente de trabalho de uma unidade do serviço de saúde de um município de pequeno porte, equivale à implantação de uma das práticas em qualquer unidade de serviço da rede de saúde ou mesmo no setor privado. Isso é possível ao se entender o tamanho da amostragem de clientela e os requisitos a serem cumpridos durante a elaboração do planejamento desse tipo de tarefa ao implantar essa terapia.

Após a inclusão do Reiki na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no ano de 2017, saúda-se a elaboração e o fornecimento aos profissionais da rede pública de um manual específico, distribuído pelas unidades de saúde do país em 2018 (BRASIL, 2018). Não ser tarefeiro ou tarefeira e se fazer uma produção pensada e planejada, reconhecida cientificamente antes do agir, são requisitos fundamentais, como o são indispensáveis terem-se garantidos os mecanismos para o financiamento pela verba pública ou o patrocínio, se for unidade pertencente ao sistema privado, como consta em Paixão e Giron (2019).

Esse orçamento e os demais passos econômicos e financeiros correspondentes são essenciais e precisam ser dimensionados de modo adequado e competente, anotando-se que a formação universitária dos profissionais da saúde não prevê, como componente curricular do aprendizado, alguma dessas orientações, que propiciem a leitura correta e a melhor aplicação desses dados referentes aos recursos para as PIS. E quem recebe verbas, precisa fazer o relatório e a prestação de contas equivalente. Os dados quantitativos dos atendimentos exigem contagem. A qualidade deve ser registrada. Onde se pode aprender isso?

Segue o lamento de muitos profissionais praticantes e se veem enfermeiras e outros profissionais patrocinando ingredientes para desenvolverem as suas práticas no serviço público – sem cobertura orçamentária – e despreparadamente. Será necessário que invistam com patrocínio próprio em cursos formativos para manejarem essas técnicas e recursos? Quantos profissionais sabem que há remuneração do SUS para as PIS se esse acordo for pactuado?

No município de pequeno porte há a vantagem, todavia, da gestão estar mais próxima. Quem sabe!

4 A CARACTERIZAÇÃO METODOLÓGICA DO ESTUDO

A trajetória planejada e executada nesta pesquisa envolveu duas grandes matrizes como fontes para a coleta e avaliação qualitativa dos dados: a pesquisa exploratória descritiva, baseada em entrevistas semiestruturadas e a criteriosa análise documental relacionada ao contexto metodológico investigado.

4.1 Tipo de estudo

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa exploratória descritiva e documental com abordagem qualitativa. Foi pesquisa exploratória descritiva pela necessidade, segundo Leopardi (2001), de explorar uma situação não conhecida, aumentando a experiência em torno de determinado problema, ou seja, a aproximação do tema nos limites da realidade específica.

A parte documental esteve relacionada à legislação relativa ao Reiki e às PIS, registros encontrados nas unidades da rede de saúde do município ou na estrutura gestora da prefeitura.

Destinando-se a angariar rumos para a implantação do Reiki em uma unidade de saúde do SUS, foram feitas entrevistas semiestruturadas (APÊNDICES – A, B e C) com gestores e lideranças municipais, profissionais e clientela frequentadora do Reiki. A vantagem da entrevista semiestruturada é a flexibilidade; uma vez que as questões não precisaram seguir uma determinada ordem e novas questões foram formuladas no decorrer da entrevista, como conversação (MATTOS, 2005).

A abordagem qualitativa, apoiada em Minayo (2016), tornou possível compreender as respostas sobre temáticas específicas, no caso a Terapia Reiki.

4.2 Campo da pesquisa

O campo principal localizado como semente geradora para as entrevistas foi uma unidade de saúde da rede pública de um município de pequeno porte, além de outros momentos propiciados pela gestão, como reuniões de equipe. A dimensão de uma unidade sanitária ou de equipe de saúde da família serviu ao propósito de ser o ponto inicial de implantação e implementação de uma ação inovadora como o Reiki no SUS.

A investigação abrangeu, ainda, o contexto de ações e serviços da saúde da esfera pública, a partir do exame da legislação local, como o plano municipal de saúde, e outros documentos legais, relativos ao Reiki, além da análise das opiniões manifestadas através de entrevistas semiestruturadas conforme roteiro planejado nos Apêndices A, B e C.

4.3 Participantes da pesquisa

A pesquisa teve, como população abrangida, gestores, lideranças locais e profissionais do campo da saúde no município e, clientes do Reiki, mediante sorteio, segundo cada uma dessas classificações, e por ordem sequencial de contato pessoal.

Dentre os profissionais da área da saúde no município seria feita a distinção entre aqueles que são reikianos, se houvesse, e os demais servidores. Restou confirmado um total de 10 (dez) participantes, sendo 2 (dois) gestores, 4 (quatro) profissionais de saúde, 2 (duas) lideranças locais e 2 (dois) clientes da Terapia Reiki, momento em que se atingiu a saturação dos dados.

Como critério de inclusão para os líderes locais e gestores manteve-se a atuação como líder de grupo de profissionais trabalhadores da área pública e os que exercessem cargos de chefia de serviços no período do estudo e que aceitaram o convite para participar, livremente, das entrevistas.

Os profissionais incluídos são lotados como servidores ativos da equipe da rede de saúde local, na unidade objeto da pesquisa e aceitaram o convite de participação.

A clientela foi composta por pessoas clientes habituais da prática do Reiki em qualquer tipo de serviço e que se dispuseram a oferecer sugestões para implementação do Reiki no município.

Os critérios de exclusão da pesquisa foram: os demais profissionais de saúde que não possuíam vínculos com o município na unidade da pesquisa ou, se fossem servidores municipais que estiverem em período de licença férias ou afastados de suas funções e pessoas que não comprovaram o exercício neste período ou não exerciam cargos e funções como gestores ou líderes de grupos no município e quem não aceitou o convite para participar da entrevista, o que não ocorreu.

4.4 Coleta de informações

A coleta de dados aconteceu utilizando-se a metodologia de entrevista semiestruturada em contato direto com os entrevistados até o limite da saturação das informações. Para Minayo (2016), as entrevistas semiestruturadas articulam as entrevistas estruturadas, aquelas que pressupõem perguntas previamente formadas e as entrevistas não estruturadas, onde o entrevistado aborda livremente o tema proposto.

Na etapa das entrevistas, essas foram semiestruturadas e com uma média de duração de até 15 minutos e previamente agendadas com quem foi sorteado e se dispôs a participar. Aplicou-se, para isso, um instrumento de roteiro de entrevista (APÊNDICE – A, B e C), visando investigar a opinião dos participantes sobre o assunto.

Triviños (2001, p. 86) considera essa modalidade de entrevista como um conjunto básico de perguntas apontando para o tema que preocupa o pesquisador, podendo ser enriquecida com novas perguntas, onde “entrevistado e pesquisador procurem construir um conhecimento relativamente comum para determinada realidade”.

4.5 Análise das informações

A análise dos dados teve estruturação em três finalidades: a primeira, de descobrir os fatos a partir do próprio material coletado, em documentos oficiais e da legislação brasileira vigente; a segunda, de informar ou confirmar as hipóteses provisórias e levantar outras e a terceira para ampliar a compreensão dos contextos culturais, ultrapassando o nível espontâneo das mensagens (MINAYO, 2016). Os dados coletados tiveram a análise de maneira

qualitativa, conforme a análise temática proposta por Minayo (2016), que consistiu em três etapas:

- 1) Pré-análise: baseada na escolha dos documentos, na retomada das hipóteses e objetivos iniciais da pesquisa reformulando-as de acordo com o material coletado e na elaboração de indicadores para a interpretação final.
- 2) Exploração do material: a transformação dos dados brutos, almejando a compreensão do texto. Fizeram-se recortes de texto, colocados em unidades de registro, construindo-se índices que permitiram a quantificação para, posteriormente, realizar-se a classificação dos dados escolhendo categorias para a especificação dos temas.
- 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: submeteram-se os resultados a operações que destacaram as informações obtidas com as devidas interpretações.

4.6 Aspectos éticos

Observaram-se os aspectos éticos, em especial, a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que trata de pesquisas e testes em seres humanos envolvendo o convite para participação no estudo com o esclarecimento do objetivo da investigação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi utilizado nas Entrevistas (APÊNDICE – D) e, devidamente, assinado pelos entrevistados.

Cada participante recebeu informações quanto ao objetivo e a justificativa da pesquisa, a identificação e contato com o pesquisador responsável e equipe e foi esclarecido de que a sua colaboração, ao aceite ao convite se fez anônima, por meio de uma entrevista semiestruturada sobre o conhecimento da Terapia Reiki e etapas para a possibilidade de implantação em unidade de saúde do município. A entrevista foi agendada por contato prévio, pessoalmente, e combinada com a pessoa entrevistada, por meio de agendamento direto e com marcação pessoal confirmatória. O(a) entrevistado(a) recebeu a informação de que era sua a escolha do horário e do local para a entrevista, sendo em ambiente reservado do setor administrativo da Secretaria Municipal de Saúde ou unidade de saúde do município ou, ainda, aonde o(a) entrevistado(a) indicasse. O tempo de duração da entrevista teve a média de quinze minutos, gravada em áudio e registrada, posteriormente, por escrito, sendo que o mesmo será

descartado cinco anos após a conclusão da pesquisa. Além disso, assegurou-se que as informações fornecidas tiveram o uso somente para a finalidade da pesquisa.

A pessoa que aceitou participar da pesquisa foi informada, também, da possibilidade de riscos mínimos, como eventuais desconfortos ou constrangimentos ao responder alguma pergunta durante a entrevista ou o tempo de duração da mesma, e que, após o início da entrevista, poderia, a qualquer momento da pesquisa, recusar-se a responder a perguntas ou encerrar a sua participação, sem que isso viesse a seu prejuízo, pois tratava-se de livre participação. Informou-se, ainda, como combinado anteriormente, o ambiente seria reservado para conversação individual e que a qualquer momento seria respeitada a sua decisão de não participar mais.

A pessoa soube pelo pesquisador que os resultados serão divulgados por meio do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), artigos científicos e publicações em eventos da área.

Para esclarecer possíveis dúvidas acerca da pesquisa disponibilizou-se e-mail e o whatsapp do pesquisador responsável e da equipe da pesquisa além do endereço da Escola de Enfermagem da UFRGS.

A Carta de Anuência para Autorização de Pesquisa (APÊNDICE – E) recebeu assinatura das lideranças participantes.

A parte documental, relacionada aos registros encontrados nas unidades da rede de saúde do município ou na estrutura gestora da prefeitura foi assegurada pelo Termo de Compromisso de Utilização de Dados-TCUD (APÊNDICE – F).

O projeto de pesquisa foi submetido à aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO – A), e foi aprovado antes que da coleta dos dados.

5 O REIKI COMO PRÁTICA PROFISSIONAL HUMANIZADA E SUA VIABILIZAÇÃO NO SUS: discutindo resultados e considerando desafios e potencialidades em município de pequeno porte

A inexistência de uma estrutura técnica previamente organizada para desenvolver-se uma prática propriamente dita não corresponde à proibição de querê-la implantada e torná-la disponível na saúde pública e coletiva de, ao menos, uma unidade da rede municipal. Admitidas as categorias listadas durante a pesquisa foi possível perceber-se que o exercício do Reiki é adaptável a quaisquer espaços onde existem atividades humanas.

Os resultados, que se apresentam para reflexão e discussão do nível gestor e profissional aos dispositivos de participação da comunidade, são considerados com uma primeira ressalva sobre as peculiaridades locais. A vontade política é outro fator influente, mesmo em dimensões do setor privado ou comunitário.

Ser reikiana, como a autora, predispõe à defesa pela sua implantação e implementação em todos os ambientes. Todavia, a imersão como pesquisadora complementou-a com um grupo imenso de informações, alcançando-lhe aspectos para novos olhares e observações sobre as realidades humanas e socioprofissionais. Dada a amplitude e volatilidade dos cenários e a agilidade de mudanças em opiniões pessoais, estudos como esse merecem ser aprofundados em novas buscas problematizadoras.

Com a firmeza de um feixe de bambus e os ensinamentos de simplicidade, força e energia transmitidos pela planta, pode-se concluir que os objetivos previstos neste trabalho de conclusão de curso foram alcançados integralmente. A coleta dos dados e o encontro das informações resultantes, delimitada a territorialidade geopolítica da saúde e da vida em Nova Santa Rita, podem sugerir fatores componentes de um vasto quadro de conhecimentos e etapas a serem construídas, cuja elaboração compute dispositivos, anseios e aspirações manifestados pelos participantes desta pesquisa nas entrevistas, contudo sob o espelho contextualizador da legislação correspondente às PIS e ao Reiki.

Do grupo das menores unidades autônomas na organização administrativa e governamental do país, esse tipo de arranjo populacional e de gestão pública do município de pequeno porte admite diálogos e colaborações em período mais curto de tempo, reunindo-se lideranças e coordenadores de unidades dos serviços de saúde com o gestor municipal para o

consentimento e a notícia desta pesquisa documental e de natureza exploratória e descritiva, bem como para a divulgação dos seus resultados obtidos.

Tal qual a versatilidade de um bambu, planta mutável e flexível utilizada pela humanidade há muitos séculos, esses resultados que se indicam não são prescrições irrevogáveis ou de uma mesma sequência ordenada e fixa a qualquer evento para implantar o Reiki. Aliás, para uma melhor compreensão, vale considerar-se a adoção do bambu, pelos praticantes da Terapia Reiki, como o seu símbolo.

A analogia do uso do bambu para irrigar plantações e distribuir a água de fontes e nascentes serve à imagem direta do que seja a Terapia Reiki. Similar ao conduzir da água pelo bambu, sem alterar as suas características, o terapeuta não altera as qualidades da energia Reiki que é canalizada e, assim, não interfere no processo da sua realização.

O reikiano Luis Felipe Chagas Ramos (2013, p.1) explica: “O canal de Reiki ideal é como um bambu, oferece uma ligação para que energia do Reiki chegue até a pessoa necessitada, sem interferir no processo, sem alterar a energia do Reiki e sem se envolver. Um bom canal não permite que o seu ego interfira no processo”. A mesma fonte rebate críticas de que o bambu não é oco e tem junções fechadas que interrompem o fluxo de qualquer líquido. Combate essa simplificação, que chama de grosseira, justificando que o bambu usado em sistemas de irrigação passa por um processo de limpeza e adaptação, trabalhado para conduzir a água. É um conduto preparado para essa função, ou seja, não é o corte de um punhado de bambus que, grudados, servem ao uso imediato.

Ramos (2013) emite opinião análoga: há espécies que, por estrutura e composição, não servem para conduzir água. Se o bambu precisa ser trabalhado, a pessoa reikiana tem um processo de preparo para canalizar o Reiki. A isso, ele denomina *iniciação* ou *sintonização*, o que, no seu entendimento, aproxima e abona, mais ainda, a simbologia do bambu ao Reiki. Nem todas as pessoas querem se tornar reikianas e há quem não goste dessa terapia, portanto, uma opção pessoal.

A parte documental desta pesquisa encontrou a institucionalização da Terapia Reiki no SUS, legalmente, por meio da Portaria nº 849/2017. Esse documento gerou a autorização formal, longe, porém, da implantação, da implementação e da disponibilidade da terapia à demanda de pessoas interessadas nos benefícios da mesma. Isso incorpora uma série de potencialidades e de desafios, como passam a ser descritos mais detidamente em seguida,

mediante condições e características peculiares a cada município e nas diversas regiões da sua área territorial geográfica e humana.

Com grande relevância buscou-se identificar e descrever a concepção do Reiki na ótica dos profissionais e dos gestores dos serviços de saúde, porque desses dois seguimentos dependem estímulos, apoios, autorizações e decisões favoráveis à implantação do Reiki na rede dos serviços municipais de saúde.

A vontade política de quem ocupa função gestora em algum nível da organização do sistema público de saúde é um ponto significativo para as iniciativas e negociações a serem estabelecidas, tanto com os demais escalões do SUS, quanto com o conselho de saúde e a população. Cada profissional tem espaços disponíveis para emitir opiniões pareceres e sugestões, inclusive, quanto à sua preferência pessoal para assumir, como trabalho profissional, a prática do Reiki e de qualquer terapêutica das PIS ou não.

Da análise problematizadora, portanto, emergiu o destaque nesta pesquisa para as seguintes categorias temáticas: a compreensão dos profissionais e gestores, as potencialidades, os desafios e as etapas para viabilização do Reiki. Digno de nota faz-se considerar que esses resultados correspondem a dados coletados no final do primeiro semestre do ano de 2019, logo sem a pretensão de esgotar outras avaliações sobre o assunto.

Usufruiu-se, por quadro de referência para tanto, do município de pequeno porte, cujos dados decorreram, sobretudo, dos seus próprios documentos, como o Plano Municipal de Saúde e o Relatório da Conferência Municipal de Saúde mais recente; do Atlas Brasileiro de Desenvolvimento Humano e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. A lembrança é permanente: no município de pequeno porte, as pessoas têm maior proximidade física e relacionamentos pessoais otimizados pelo conviver em vizinhança.

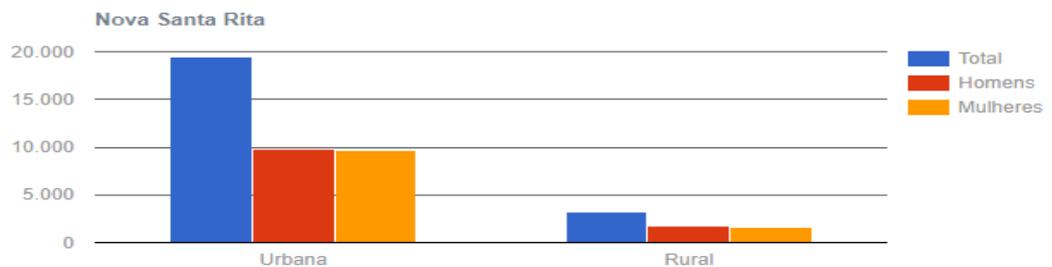
5.1 O município de pequeno porte como território da pesquisa

O município selecionado como modelo para este desenho da viabilização da Terapia Reiki consta, como descrito anteriormente, no mapa da geografia física, humana e política da microrregião metropolitana do Rio Grande do Sul. Possui uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE para o ano de 2018 de, aproximadamente, 28.670 pessoas. Essa fonte identificou, no censo de 2010, o número de habitantes

correspondendo a 22.716 pessoas, e densidade demográfica de 104,23 habitantes/km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019). Segundo o Plano Municipal de Saúde de Nova Santa Rita (2018), a área territorial do município é de 217,868 km².

A população residente de 22.716 pessoas, pelo senso mais recente no ano de 2010, está distribuída em 19.475 pessoas moradoras da zona urbana, e 3.241 na área rural do município. Esses quantitativos são de 9.759 homens e 9.716 mulheres na cidade e, no setor rural, de 1.682 homens e 1559 mulheres, resultando na seguinte representação gráfica.

Gráfico 1: População residente, por situação do domicílio e sexo - 2010.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

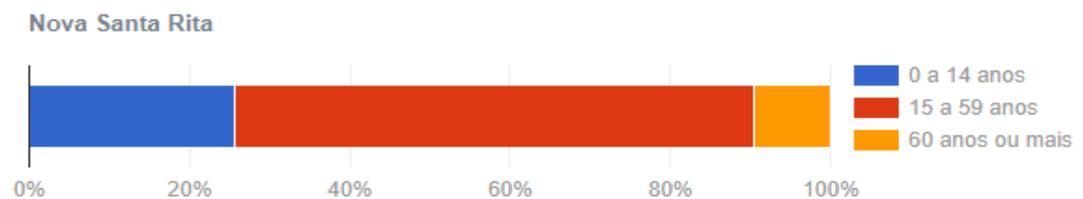
De acordo com o levantamento censitário de 2010, a Tabela 1 apresenta a população residente segundo sexo e faixa etária.

Tabela 1: População residente segundo sexo e faixa etária

Faixas	Homem	Mulher	Total
Etárias			
00-04	940	878	1.818
05-09	1.032	992	2.024
10-14	1.143	1.097	2.240
15-19	1.107	1.015	2.122
20-29	2.005	1.968	3.973
30-39	1.788	1.863	3.651
40-49	1.611	1.627	3.238
50-59	1.273	1.165	2.438
60-69	679	685	1.364
70-79	299	345	644
80+	91	165	256
Total	11.968	11.800	23.768

Fonte: IBGE 2010

O Gráfico 2 apresenta a população por faixa etária, sendo que de 0 a 14 anos correspondem a 5.800 pessoas, 15 a 59 anos 14.738 pessoas, de 60 anos ou mais 2.178 pessoas. Observa-se que, como exposto no Gráfico 2, um índice de 70% da população é economicamente ativa e 10% corresponde à população acima de 60 anos.

Gráfico 2: População residente, por grupos de idade - 2010.

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

A dinâmica populacional do município pode ser comparada com dados do Estado do Rio Grande do Sul e do Brasil, de conformidade com a estimativa do BGE do ano de 1991 a 2016.

Tabela 2: Evolução populacional de Nova Santa Rita, Rio Grande do Sul e Brasil.

Ano	Nova Santa Rita	Rio Grande do Sul	Brasil
1991	-	9.138.670	146.825.475
1996	12.437	9.568.523	156.032.944
2000	15.750	10.187.798	169.799.170
2007	20.591	10.582.840	183.987.291
2010	22.716	10.693.929	190.755.799
2016	26.086	-	-

Fonte: IBGE 2016

O IDH significa Índice de Desenvolvimento Humano, uma medida importante concebida pela ONU para avaliar a qualidade de vida e o desenvolvimento econômico de uma população. O Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (2019) considera alto o IDHM de Nova Santa Rita que é de 0,718, na faixa entre 0,700 e 0,799, com densidade demográfica de 104,66 habitantes por Km².

Os determinantes e condicionantes do processo saúde e doença estão relacionados, também às condições de vida e trabalho e a forma que essa relação influencia no estado de saúde da população. A análise dessas condições envolve a produção agrícola, a educação, os ambientes de trabalho, o desemprego, saneamento básico, serviços sociais, a saúde e a habitação.

A dimensão que mais contribui para o IDHM do município de Nova Santa Rita é Longevidade, com índice de 0,853, seguida de Renda, com índice de 0,716, e de Educação, com índice de 0,606, com base no censo de 2010. (ATLAS BRASIL, 2019)

A taxa de mortalidade infantil média, considerado o ano de 2017, é de 18,09 para 1000 nascidos vivos. As internações causadas por diarreia são de 0,2 para cada 1000 habitantes. Relacionado aos demais municípios gaúchos, fica nas posições 90 e 356, respectivamente levando-se em conta os 497 municípios. Dentre as cidades brasileiras essas posições se alteram para 1367 e 4284, respectivamente, dos 5570 municípios do país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Os perfis de morbidade e mortalidade, conforme consta no Plano Municipal de Saúde (2018), tem como principais causas para mortalidade: neoplasias, doenças do aparelho circulatório, causas externas e doenças do aparelho respiratório. A morbidade tem maiores índices nas lesões, envenenamento e causas externas seguidas das doenças do aparelho circulatório, patologias respiratórias e enfermidades digestivas.

O IBGE (2017) divulgou que o ambiente deste território é de 65,5% de domicílios com esgotamento sanitário adequado; 87,1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 9,6% de domicílios em vias públicas com urbanização apropriada, com bueiro, pavimentação, meio fio e calçada.

A força de trabalho da Secretaria Municipal da Saúde é composta de 209 profissionais com vínculos variados, distribuindo-se entre efetivos concursados, cargos em comissão, contratados e terceirizados, além de trabalhadores integrantes do Programa Mais Médicos gerido pelo governo federal. Dentre os recursos humanos, profissionais com formação em ensino superior nos números de: dezesseis enfermeiros, dezessete médicos, sete odontólogos, dois psicólogos, dois assistentes sociais, dois fisioterapeutas, um nutricionista, um farmacêutico, um educador físico, um veterinário, um terapeuta ocupacional e um fonoaudiólogo. O nível médio e elementar é formado por dez técnicos de enfermagem cinco auxiliares de enfermagem dois auxiliares de saúde bucal seis visitantes do Programa Primeira Infância Melhor, dois agentes de endemias, nove agentes comunitários de saúde, três fiscais sanitários e três atendentes de ambulatório. (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA RITA, 2018).

A saúde no município atua na modalidade de gestão plena da atenção básica com cinco unidades básicas de saúde, assim reconhecidas pelo governo e população, das quais, quatro delas funcionam descentralizadas nos bairros mais populosos e uma unidade com equipe móvel que se desloca à zona rural.

Consta no Plano Municipal de Saúde (2018) que um desses locais de atendimento está organizado no modelo mais tradicional de unidade básica de saúde, enquanto os outros atendem como unidades da estratégia de saúde da família.

Interessante ressaltar que, no centro da cidade, há um prédio onde funciona uma unidade da estratégia de saúde da família partilhando espaço com um centro de pronto atendimento, este com atendimento de tempo integral. A cidade não possui hospital e, para tanto, vale-se da referência da rede de média e alta complexidade do SUS.

Como serviços de apoio, indica-se o Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF, o Centro de Especialidades e o Centro de Atenção Psicossocial.

Como programas estratégicos da atenção básica em saúde estão previstos no Plano de Saúde vigente: o Programa Saúde na Escola-PSE, a Política de Alimentação e Nutrição, o Programa Academia de Saúde, o Programa Primeira Infância Melhor-PIM e o Programa das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, o conteúdo motivador desta pesquisa.

O PSE é uma estratégia do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde para promover articulação e integração entre as políticas da educação e da saúde, com a participação da comunidade escolar e das equipes profissionais da atenção básica. O município aderiu ao programa no ano de 2014 e, em 2017, fez nova adesão, valendo-se da Portaria CGA/DAB/SAS/MS nº 69/2017 (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA RITA, 2018).

A Política de Alimentação e Nutrição está voltada a esse campo específico organizada em diretrizes da atenção nutricional no SUS, focada na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos, integrada ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA RITA, 2018).

O Programa Academia da Saúde implantado no município tem o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, por meio de atividades em espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e coordenação de profissional educador físico. Grupos peculiares como de pessoas hipertensas e diabéticas misturam-se a indivíduos portadores de doenças crônicas, idosos, crianças, gestantes e outros usuários interessados nessas atividades preventivas de doenças, de manutenção e de promoção da saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA RITA, 2018).

Também no Plano Municipal de Saúde de Nova Santa Rita (2018), o Programa Primeira Infância Melhor é política pública no Rio Grande do Sul, lançado pela Lei Estadual nº 12.544/06. Em 2013, foi aprovada a Lei Municipal nº 1165/13, criada com vistas ao acompanhamento de crianças de zero a seis anos de idade e gestantes, posta em vigor com ações do PIM em 2014. Seu objetivo essencial é orientar as famílias para o desenvolvimento integral das crianças, desde a gestação até o início da vida escolar, prioritariamente, nas situações de vulnerabilidade e risco social.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares-PNPICS, aprovada

pela Portaria GM/MS nº 971/2006, na perspectiva da atenção integral à saúde, o incremento de diferentes abordagens e a ampliação do acesso a práticas de cuidado com olhar diverso sobre o ser humano individual e o processo saúde-doença, figura no Plano Municipal de Saúde de Nova Santa Rita (2018) como realizada e projetando novas fases de desenvolvimento. Em 2016 tiveram início no município, atendimentos individuais em Acupuntura, como ação coadjuvante ao tratamento médico clínico e fisioterápico.

Destaca-se, por relevante, essa avaliação diagnóstica registrada no Plano Municipal de Saúde: “Empiricamente, observaram-se bons resultados como terapia associada para o tratamento de dor crônica, bursites, tendinites e transtornos de humor, principalmente do espectro ansioso” (PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA RITA, 2018, p.75).

O citado documento lista, como demanda de algumas comunidades, pedidos para ampliar as PICS. Em resposta, a gestão municipal incentiva e promove oficinas sobre plantas medicinais, homeopatia na Unidade Básica de Saúde-UBS Rural e visitas a experiências em municípios vizinhos.

“A atenção básica funciona como ESF, alguns profissionais fazem algumas práticas, como aurículo, ventosas e acupuntura” (Entrevista 7). Note-se que essas práticas estão incluídas na medicina tradicional chinesa, autorizadas no SUS pela legislação de 2006 e que, profissionais e clientes têm se movido internamente no SUS local.

A avaliação ampliada sobre as PIS, feita quando da elaboração do Plano Municipal de Saúde de Nova Santa Rita (2018, p.75), avança e acentua: “Precisamos, ainda, desenvolver estudos para medir o grau de resolutividade e adesão dos usuários às PICS (...) com a inserção de rodas de Terapia Comunitária Integrativa - TCI, através dos agentes comunitários de saúde”.

A constatação verificada em deslocamentos durante a pesquisa na fase de coleta de dados é a de que há esforço gestor dedicado pela atualização e sintonia pactuada com as ações programáticas do SUS. A administração e o segmento gestor da saúde valorizam o ingresso de profissionais aprovados em concurso público, boa parte dos quais com cursos de pós-graduação em especializações e residências específicas ou multiprofissionais. Quanto às PIS não há exigência nem consulta sobre qualquer das suas especialidades.

Os profissionais demonstraram interesses pessoais na qualificação das suas práticas, alguns buscando novas aprendizagens para o aperfeiçoamento nas suas atividades no cuidado realizado. Contudo, percebe-se que a população pode ser mais mobilizada, incentivada e

orientada, pois reage acanhada e se movimenta com rara pró-atividade própria no interior do sistema público da saúde do município. Essa observação tem o intuito de projetar sugestões e recomendações para outros municípios, com a reserva de que alterações ocasionais ou estruturais podem modificar e até comprometer iniciativas de organização que sejam precárias ou de conhecimento raso.

5.2 A compreensão da Terapia Reiki como prática profissional humanizada.

Identificar e descrever o pensamento e o conhecer dos profissionais e dos gestores da rede de saúde do município foi um dos objetivos nomeadamente planejados na construção deste estudo. Essa intenção quis compreender a visibilidade do Reiki dentre os saberes de quem tinha o poder para decidir pela sua implantação. Nos espaços de avanço do texto estarão configurados os dispositivos do conhecer desses gestores e profissionais sobre a Terapia Reiki, amparando-se essa leitura de dados na ligação profissionalizada com o panorama conjuntural público e de saúde da localidade, do estado e do país.

A representação populacional de Nova Santa Rita participou, sob os parâmetros desta investigação científica, nos formatos de serem observados alguns encontros dialogados, círculos de cultura, reuniões de trabalho e atividades exercidas, todos os momentos enriquecidos pelas expressões do pensamento opinado em conversas e entrevistas semiestruturadas com a pesquisadora e o seu professor orientador.

A abrangência de gestores, lideranças locais, profissionais do campo da saúde e clientes frequentadores da Terapia Reiki selecionou dez (10) pessoas distribuídas, respectivamente, na Tabela 3.

Tabela 3: Quantitativo e tipificação dos participantes da pesquisa.

Participantes	Quantitativo
Gestores da Saúde Municipal	2
Profissionais de Saúde	4
Lideranças Locais	2
Clientes da Terapia Reiki	2

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora, 2019.

O quantitativo obtido correspondeu ao que foi previsto no projeto, porém a ordem das entrevistas obedeceu à escolha aleatória por sorteio, sendo que, mesmo havendo um roteiro específico à cada tipo de participante, seguiu-se à sequência da marcação de cada sujeito da pesquisa. Isso aparece detalhado na Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição dos participantes segundo o ordenamento das entrevistas.

Sequência dos entrevistados	Classificação dos participantes
Entrevista 1	Profissional de Saúde
Entrevista 2	Profissional de Saúde
Entrevista 3	Profissional de Saúde
Entrevista 4	Liderança local
Entrevista 5	Cliente da Terapia Reiki
Entrevista 6	Cliente da Terapia Reiki
Entrevista 7	Gestor de Saúde Municipal
Entrevista 8	Gestor de Saúde Municipal
Entrevista 9	Liderança local
Entrevista 10	Profissional de Saúde

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora, 2019.

Em específico, a compreensão da Terapia Reiki e o conhecimento sobre a sua prática, para que tenha defesa na conotação de ciência, arte e energia humana por parte dos gestores municipais e coordenadores das unidades, distinguiu uma esmagadora maioria dos que sabiam dessa existência como PIS, porém se confundiram ao descrevê-la ou, simplesmente, admitiram não saber. Houve quem dissesse conhecê-la (Entrevistas 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9 e 10), todavia, com equívocos como quem o comparou à igreja messiânica: “Tenho a ideia de que Reiki é a troca de energias e parece muito com a Igreja Messiânica; não sei se vem daí...” (Entrevista 3).

Dois entrevistados (Entrevistas 8 e 9) souberam caracterizar o Reiki corretamente. O primeiro não o pratica, não tem formação para isso, mas é cliente da terapia em serviço não público noutro município. O segundo representa a comunidade, é reikiana, porém não faz

atendimentos vinculados à prefeitura. Fato concluso, apenas esses participantes da pesquisa demonstraram conhecer, com acerto, a terapia.

Na análise cuidadosa sobre esse dado convém destacar que não se trata de um curso rápido de formação, senão com temporadas para aperfeiçoamento e especialização na técnica. Luis Felipe Chagas Ramos (2013) menciona que o reikiano após a iniciação ainda não está totalmente preparado para canalizar o Reiki, pois essa capacidade desenvolve-se com a prática. Ele compara cada reikiano iniciante com um bambu jovem e verde, que cresce até atingir a maioridade. Para isso, detalha: é aconselhável que no primeiro nível (Reiki 1), o reikiano use a sua nova habilidade apenas para si mesmo e para as pessoas que lhe são próximas, com moderação, o que evita sintonias indevidas e prejudiciais. A ideia do não perder tempo para começar a prática pode não ser a melhor medida, nem individual e nem coletiva.

Incontroverso, entretanto, é o fato de que humanizar o cuidado é uma acepção que cresce e se desenvolve com o interesse em prol da atenção à saúde no Brasil, selecionadamente, a atenção primária e a promoção em saúde. Muitos debates, sediados nos últimos anos, movimentam a saúde pública e coletiva nessa direção e, intensivamente, no agir e no refletir sobre o exercício das profissões, como é o caso da enfermagem.

Embora a amplitude desse âmbito de reflexões e estudos, “as fronteiras não são tão rígidas na vida prática entre a doxa dominante na saúde protagonizada pela racionalidade biomédica e o lugar de cuidador/cuidadora e de quem recebe o cuidado” como concebe o psicólogo Alexandre Franca Barreto (2018, p.1), sendo lugar híbrido, esse da existência humana na saúde, que atravessa as margens de diversas racionalidades e práticas de cuidado.

De tempos, tem-se a perspectiva reflexiva e reconstrutiva dos termos *Cuidado* e *Humanização*. Na afirmativa do médico José Ricardo Ayres (2006, p.80), isso soma uma série de princípios teóricos e práticos, relevantes a debates que se dedicam a esse campo de interesse. Para expandir o pensamento, salienta que “não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento cuidado de cada um dos seus sujeitos”, fazendo com que a humanização passe pela radicalidade democrática do bem comum.

O impacto da publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde alcança, entre outros, os campos econômico, técnico, sociopolítico, do ensino e da pesquisa, pois promove a inclusão de novas práticas de

cuidado em um campo, até então, dominado pelo complexo mercadológico de produtos e serviços, orientado pela racionalidade biomédica (BESSA e OLIVEIRA, 2013).

Neste segmento, como levantaram a enfermeira Denize Oliveira e o enfermeiro José Henrique Bessa (2013), a maioria dos profissionais continua atendendo o ser humano através de especialidades, promovendo uma abordagem predominantemente física, parcial e fragmentada, vendo-o de forma compartimentalizada. A patologia segue o foco principal dessa intervenção, desconsiderando-se a visão integral do sujeito, totalmente ao contrário das PIS, que possibilitam ao ser humano buscar por terapias que supram suas necessidades de saúde com uma visão holística e propondo um reencontro universal entre as ciências e as tradições da sabedoria. No paradigma das PIS, a atenção está voltada para o ser humano e considera as suas relações sociais, o seu estado emocional, a sua alimentação e os demais fatores significativos do seu viver.

Como se encontrou documentalmente, várias pesquisas têm sido desenvolvidas e favoráveis ao uso do Reiki como técnica terapêutica profissional. Há diagnósticos de enfermagem propostos pela NANDA (*The International Nursing Knowledge Association*) organização que desenvolve pesquisa, divulga e aprimora a nomenclatura, critérios e classificações padronizadoras para a enfermagem que justificam a aplicação do Reiki. Recomendam-no a várias situações: campo de energia perturbado, insônia, privação de sono, fadiga, ansiedade, sobrecarga de estresse, dor aguda e dor crônica. Natural identificar-se que o Conselho de Enfermagem foi a primeira entidade reguladora do exercício dentre as profissões da saúde a aprovar e reconhecer a prática das terapias complementares como especialidade e qualificação da sua categoria profissional (SALLES et al, 2014).

O Reiki como ferramenta desse cuidado humano foi analisado por meio de uma pesquisa com oito enfermeiras atuantes na estratégia de saúde da família no norte do Estado do Rio Grande do Sul. A enfermeira Vera Lucia Freitag e sua coautoria no levantamento tiveram o objetivo de conhecer os sentimentos de enfermeiras da ESF após serem submetidas a três sessões de Reiki. Como resultados, os sujeitos investigados relataram melhora da qualidade de vida; do equilíbrio físico, mental, emocional e espiritual; relaxamento; descanso; reflexão e concentração. (FREITAG et al, 2018).

Nessa mesma linha de cuidado humano, a enfermeira Leonice Kurebayashi e colaboradores avaliaram a efetividade da massagem e do Reiki na redução de estresse e ansiedade em clientes do Instituto de Terapia Integrada e Oriental, em São Paulo. Um total de

122 pessoas foi distribuído em três agrupamentos: grupo 1, para massagem e repouso; grupo 2, Reiki e massagem; grupo 3, o de controle, sem intervenção. O protocolo de Reiki considerou imposição das mãos durante 2,5 minutos sobre olhos, regiões occipital, laríngea, esterno ou região cardíaca visando o reequilíbrio de chakras importantes para o mental e o emocional. As técnicas de massagem e Reiki produziram melhores efeitos sobre as variáveis de medida de intervenção do que quando somente realizada massagem e repouso, visto que foi o único grupo com resultado positivo de natureza física e emocional (KUREBAYASHI et al, 2014).

O efeito do Reiki na crise hipertensiva foi estudado por grupo da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, liderado por Léia Salles, como pesquisa experimental duplo cego com 66 hipertensos. Eram: um grupo controle; um grupo placebo, que recebeu imitação da técnica e um grupo experimental, com aplicação efetiva do Reiki, por vinte minutos. Ao final, houve diminuição da pressão arterial nos três grupos, porém a redução foi maior no grupo experimental, sugerindo ser uma técnica complementar para o controle da hipertensão (SALLES et al, 2014).

Outra pesquisa, essa com dez idosos, questionou os benefícios do Reiki quanto à dor crônica. Após a aplicação da terapia, em cinco sessões, os participantes referiram a ativação da sua energia, remetendo a essa o alívio das suas dores, promovendo relaxamento corporal e diminuição da ansiedade. Os relatos acrescentaram melhora significativa nas queixas das dores crônicas, além de contribuírem para o equilíbrio das necessidades físicas, mentais, emocionais e espirituais. Ao apresentar esses dados, Freitag et al (2014) reflete sobre o contexto da vida do sujeito idoso, que, muitas vezes, tornam-se esquecidos. Ela observa que as práticas integrativas em saúde promovem maior convivência social e autoestima.

Em pesquisa de uma equipe multiprofissional, resultados imediatos do Reiki foram observados sobre batimentos cardíacos, níveis de cortisol, temperatura corporal em pessoas com Síndrome de Burnout, aclarando que o Reiki tem um efeito sobre o sistema nervoso parassimpático quando aplicado a profissionais da área da saúde (RODRÍGUEZ et al, 2011).

Frisam-se, por síntese, os princípios teóricos e metodológicos do projeto político denominado HumanizaSUS lançado no ano de 2003. Nele, a humanização é pensada no processo de produção da saúde como a valorização dos sujeitos, usuários, trabalhadores e gestores, com maior autonomia e capacidade para transformarem suas condições de vida, em

responsabilidade compartilhada, por vínculos solidários e participação coletiva nos mecanismos de gestão e de produção da saúde.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é vinculada a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) e recomenda ferramentas como rodas de conversa, incentivo às redes e movimentos sociais e a gestão dos conflitos gerados pela inclusão das diferenças. O Reiki tem identidade com essas diretrizes da Política de Humanização, porque acolhe, reconhece o outro em sua singular necessidade, valoriza o trabalhador e o usuário incluindo-os na tomada de decisão, na gestão participativa e na cogestão. Pode contribuir na abordagem da clínica ampliada e compartilhada enfrentando a fragmentação do conhecimento e o fenômeno complexo do processo saúde/adoecimento.

Como prática profissional humanizada, o Reiki é indiscutível por todas as fases do relacionamento pessoa a pessoa. Em grupo, as trocas mútuas de energias nutrem, igualmente, o caráter humano das personalidades. Se o raciocínio gestor for pela racionalidade econômica, estar-se-á diante de um procedimento terapêutico de custo mínimo, a não ser pelo uso da capacidade instalada de qualquer ambiente em unidade de saúde da atenção básica, módulo de referência especializada ou hospitalar. Observe-se a resposta dessa profissional reikiana: “Ter uma maca, colocar uma música ambiente, (...) não precisa muita coisa. E o silêncio. Inclusive, a maca é mais para conforto do terapeuta, porque o Reiki pode ser feito até com a pessoa sentada” (Entrevista 9).

A implantação do acesso e a promoção da demanda no município pesquisado contêm atestados de aprovação e aceitabilidade mediados por experiências com outras práticas integrativas: “... as pessoas procuram por curiosidade, acabam gostando e depois fica difícil até de desvincular” (Entrevistas 7).

Além de focar esse olhar no cenário pesquisado e a respeito do Reiki como cuidado humanizado e de humanização da assistência, os dados coletados nas unidades de registro surgidas e/ou consolidadas durante este estudo, em específico, sobre o conhecimento dos profissionais e gestores, foram distribuídos em mais três categorias de tópicos gerais: potencialidades, desafios e etapas para a sua viabilização em uma unidade do serviço público da saúde municipal.

A organização dessas quatro categorias temáticas da pesquisa (conhecimento dos entrevistados sobre o Reiki, ambiência e possibilidade de implantá-lo, interesse e possível demanda da clientela, e as potencialidades, desafios e recomendações para tê-lo em uma

unidade municipal) revelou aspectos complementares, que poderiam servir como subcategorias na interpretação desses dados. Optou-se pela conduta de não subdividi-los, porém, tomando-se por base a seriedade para articular estratégias que respeitem o mapa dos caracteres típicos de cada população e o poder de conquistarem as suas próprias reivindicações.

Esses dados podem ser variáveis quanto à sua natureza e ao índice de influência na gestão e no controle social. Foram anotados e estão expostos para que mereçam observações ponderadas e estudos específicos em cada contexto. Esta listagem estende-se a partir do conhecimento das pessoas da localidade, do ambiente da unidade de saúde, porque não há prática dessa terapia na rede pública em análise; da possibilidade da sua implantação em outros locais da rede de atendimento; do interesse dos gestores e profissionais por oferecê-la e, principalmente, da probabilidade de demanda pela população utente adstrita. Desse conjunto surgiram as evidências, ressaltadas, de potencialidades e dos desafios para a viabilização do Reiki no município de pequeno porte.

5.3 Viabilidades na implantação do Reiki

As viabilidades na implantação do Reiki ligam-se a muitos requisitos, tal qual é a cobrança sobre as demais práticas integrativas – ditas – complementares de cuidados individuais e coletivos em saúde.

Conhecimento, capacidade instalada, ambientes favoráveis, acesso e acolhida, estruturação legal regulamentada, interesse, informações e demanda, formação e incentivo aos terapeutas, planejamento, organização e avaliações em todas as etapas são fatores condicionantes e determinantes para que se possa afirmar, positiva ou contrariamente, sobre viabilidades para a implantação da Terapia Reiki em unidade da saúde municipal.

Além das questões examinadoras do conhecimento dos gestores e profissionais, nas categorias desta análise estão classificadas, em destaque e ao mesmo tempo, outros três aspectos: a identificação dos desafios, das potencialidades e das etapas indispensáveis para serem observadas na implantação em uma unidade do serviço de saúde de um município de pequeno porte. Embora diante de interfaces correlatas, são reconfigurados e tratados prioritariamente.

5.3.1 Desafios para implantação

A implantação do Reiki desperta dificuldades heterogêneas dos movimentos de contextualização à implementação das atividades, variando os formatos conforme os contornos do local de atendimento e o interesse da sua comunidade adstrita. A higiene de pensamentos lineares e rígidos não dará sustento a alterações que modifiquem *status quo* tão profundamente quanto à viabilização de qualquer uma das PIS.

As dúvidas podem dar causas e efeitos à implantação. Interrogações iniciais, por vezes, deslocam-se às circunstâncias periféricas das comunidades. Será franca, acolhedora, aberta e livre, a aceitação do Reiki e das demais vinte e oito PIS no sistema público de saúde? Haverá demanda? Como promovê-la?

O desafio do novo no município de pequeno porte tem proporções idênticas na unidade ou no todo da Secretaria de Saúde. Os profissionais adotarão de bom grado novas fórmulas de atendimento? Quem fará controle sobre a oferta e a qualidade dos desempenhos profissionais? Pode atuar no município apenas um profissional reikiano? Promove-se um concurso profissional exclusivo para o Reiki ou para as PIS? E as PIS figuram na formação profissional universitária?

Acentuada dificuldade surgiu na primeira das abordagens nas entrevistas: o desconhecimento dos participantes da pesquisa sobre a Terapia Reiki e como uma das PIS.

“A Terapia Reiki, eu não tenho muito conhecimento, nunca li nada a respeito. Pelo que eu ouvi falar é como se a pessoa passasse uma energia boa, uma energia positiva, de uma pessoa para a outra” (Entrevista 10).

“Eu sei poucas coisas, não muito; eu tenho mais o conhecimento da aurículo e da acupuntura, mas pelo que outras pessoas comentam é muito bom, muito interessante e ajuda muito. O conhecimento técnico não tenho; nem básico” (Entrevista 4).

Profissionais da equipe de saúde, que têm vínculo com a Secretaria Municipal, tiveram uma questão complementar: - “Você pratica o Reiki? Se afirmativo, há quanto tempo?” Concluiu-se, pelo resultado, que nenhum profissional do setor público da saúde é reikiano e nem o pratica.

A incumbência de cumprir a meta da inserção das PIS, ou qualquer uma delas, pactuada com o SUS, é mais uma atribuição que se soma às responsabilidades do escalão gestor no município. É simples determinar que se elaborem normas? E, como podem ser

resolvidas, as contradições que surgirão para que o município possa cumprir o pacto de inserir e implementar as PIS no SUS?

“O nosso posto é isso aqui: a população aqui acaba não tendo oportunidade, porque o posto não tem espaço, porque a equipe é pequena, porque (...) está sempre superlotado... na estrutura física que a gente tem não tem nem horário nem espaço” (Entrevista 1).

A ambiência, conceituada pelas orientações da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2015), indica a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, respeitadores da privacidade, propiciadores de mudanças no processo de trabalho e formatadas como lugares de encontro entre as pessoas, que nem sempre contempla a realidade enfrentada no íntimo das equipes nos municípios de menor porte.

Como poderão os municípios solucionar essas disparidades internas? “A população é diferente, a população rural não é igual às pessoas do centro. As unidades têm grande demanda e têm locais onde essa procura é mais tranquila, menor, e com menos estresse” (Entrevista 4).

“A ciência não é o único saber” (SANTOS, 2019) e “há saberes diferentes” (SANTOS, 2010). Todavia, a exigência de comprovar-se, cientificamente, o conhecimento é maneira de proteção contra exposições como ao charlatanismo, segundo denúncias comprovadas pela Associação Brasileira de Reiki (2019).

A massificação de praticantes e a procura por Reiki pode vulgarizar o proceder técnico científico. Essa pendência pode ter agravante, por exemplo, na assinatura do pacto com a comissão bipartite ou tripartite, relacionamento do município com a Secretaria Estadual da Saúde ou o Ministério da Saúde. Podem ser assumidas obrigações que coloquem em risco alguns aspectos da gestão em saúde, caso sejam por escolha apressada.

Situação boa e elogiável, a ser citada, é o da Prefeitura de Esteio-RS que abriu edital para contratação de oficinairos das PIS, incluídos os Reikianos, porém os que provem a sua capacitação para executar a terapia aos munícipes.

O equívoco de líderes religiosos posicionados na linha de confronto ao Reiki e às PIS é ameaça se as informações e o conhecimento não chegarem, adequadamente, a todos os setores da população. A Conferência dos Bispos Católicos dos Estados Unidos (*U.S. Conference of Catholic Bishops*) advertiu aos hospitais e demais serviços da sua igreja: “... um católico, que ponha a sua confiança no Reiki, estará a operar no reino da superstição, na terra de ninguém que não é fé e nem ciência” (MAGALHÃES, 2016, s.p.).

As dificuldades e os desafios variam em maior ou menor grau e em lista infindáveis à medida que sejam observados com insistência. Note-se que cada município possui autonomia garantida pela Constituição Federal e responsabilidade pelos assuntos de dimensões e interesses do local. Há, porém, problemas grandes a serem superados em termos da gestão política, administrativa e financeira. Uma profissional ouvida nessa condição e na de gestora assegurou: “Existe ainda um tabu sobre as PIS em cidade pequena e deveria ser o contrário” (Entrevista 3). Esse novo desafio tem a referência do município de Nova Santa Rita, em unidade de saúde localizada no quadrante central da cidade, sendo oposta a outras falas de quem trabalha em regiões distanciadas do perímetro urbano principal. Se isso ocorre em uma municipalidade de pequeno porte, recomendam-se atentas observações sobre as demais semelhanças.

Por fim, sem a pretensão de esgotar esse ponto, declaram-se mais dois alvos desafiantes encontrados em algumas das argumentações nas entrevistas: a importância de desmistificar o entorno do Reiki e das PIS e a de aumentar essa visibilidade compreensiva das PIS e da Terapia Reiki. Essas providências merecem ser incluídas nas etapas para a implantação que se seguem.

5.3.2 Potencialidades do Reiki ser implantado

A política governamental de humanização favoreceu os caminhos que se seguiram no desenvolvimento da legislação e dos avanços das PIS no SUS. Como já foi visto, o Reiki tem sintonia integral com essa política, quanto ao processo de produção da saúde e transformação das condições de vida das pessoas.

Um dos entraves anteriores, que era o financiamento das PIS, hoje pode ser uma imensa potencialidade. O pagamento é realizado pelo Piso da Atenção Básica (PAB) fixo, pelo PAB variável, pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) ou pelo bloco de recursos da média e alta complexidade em saúde. Além disso, essa responsabilidade, ao ser assumida pela Secretaria Municipal de Saúde, tem recebido apoio do Conselho de Saúde nos municípios, na discussão da proposta e definição dos parâmetros para o funcionamento local dessas ações (BRASIL, 2018).

Esse financiamento, como regra geral, está destinado dentro do custo e do investimento do PAB sem o modo de pagamento por produção. No modelo de um município como Nova Santa Rita, que tem a opção pela estratégia de saúde da família, o termo de adesão, de convênio ou colaboração pode vincular essas verbas ao PAB variável com o pagamento por equipes de saúde da família, de agente comunitários ou núcleos de saúde da família.

A dependência efetiva é da negociação a ser feita entre os gestores e as comissões bipartites e tripartites nos termos de pactuação dos atendimentos pela rede de saúde do município, respectivamente, com os níveis de governo estadual e nacional. As variantes negociadas podem garantir o acréscimo de recursos que complementem os incentivos para as PIS e a remuneração por empreendimentos e processos de trabalho amparados em dispositivos diferentes. É útil lembrar que, assim como o financiamento obtém recursos do estado e nacional, cabe ao fundo municipal de saúde custear parte dos investimentos à população. Com o plano municipal de saúde e iniciativas como planos de aplicações e renegociações podem ser angariados pagamentos a atividades de grupo, capacitações de equipes, promoção da saúde, educação continuada e educação permanente.

Pela Portaria nº 145/2017, a Sessão de Reiki, sem prejuízo dessas atividades educativas, terapêuticas e de orientação às populações sobre as PIS, é procedimento descrito como prática de imposição de mãos e está previsto na “modalidade ambulatorial, individualizado, com complexidade e financiamento pelo Piso da Atenção Básica” (BRASIL, 2017a, p.7).

Afirmativamente, o Reiki tem boa aceitação popular. Houve unanimidade nas respostas às entrevistas quanto a serem reconhecidos benefícios do Reiki como uma das PIS no município. Boa maioria recorreu à lembrança de que o avanço das PIS, em geral, é uma forte reivindicação firmada no Plano Municipal de Saúde, a partir do Planejamento da Gestão, das plenárias do Conselho Municipal de Saúde e da Conferência Municipal da Saúde desde a edição no quadriênio anterior.

Põe-se em relevo, a manifestação de uma representante da população que frequenta essa terapia com profissional reikiana alheia à rede pública e, por isso, ela conhecia, em detalhes, os procedimentos e efeitos que havia sentido. Sua expressão não deixa dúvidas: “Eu gostaria que outras pessoas tivessem a oportunidade que eu tive de receber essa Terapia Reiki, porque é relaxante, a terapia é boa e, algumas vezes no final, eu até dormi” (Entrevista 6).

A aplicabilidade dessa terapia pode beneficiar a todos as pessoas, trabalhadores e utentes do serviço. A profissional, que atua concomitante na coordenação da sua unidade de saúde, deu sentido claro às conveniências da implantação do Reiki, no que foi complementada por citações de outros diálogos com profissionais da saúde, como segue.

“Seriam beneficiadas muitas pessoas com uso de medicação, saúde mental, depressão, dores, usam muita medicação repetidas e não melhoram. Eu acredito que aplicando o Reiki, ajudaria muito para esta questão, muitas pessoas com dores e uma dor pode estar relacionada com o emocional” (Entrevista 4).

“Além da população, eu pensei nos trabalhadores, eu já vi experiência de grupo pra Reiki com trabalhadores, os trabalhadores diziam que melhorou muito a qualidade do trabalho deles e a população de adultos jovens talvez aderissem mais” (Entrevista 3).

“Com certeza, seria viável, em forma de agenda, principalmente, acompanhar esse paciente, com avaliação semanalmente, o controle da avaliação da melhora das condições dessa pessoa” (Entrevista 4).

“Nossa unidade teria como aplicar o Reiki, seria tranquilo... teria demanda, principalmente, da população mais idosa, doentes crônicos, hipertensos e diabéticos” (Entrevista 2).

O diagnóstico da ambiência atual e da demanda popular deve avaliar as condições das unidades da rede de saúde pública para implantá-lo, ao menos em uma delas como ponto de partida, bem como o comportamento do interesse das pessoas, sejam os gestores, os profissionais disponíveis para a prática. Em Nova Santa Rita há dois destaques relevantes quanto a isso: existem outras PIS em funcionamento na rede municipal e sua solicitação nas 7ª e 8ª Conferência Municipal de Saúde garantiu presença das PIS, com perspectivas de avanço, no Plano Municipal de Saúde vigente.

Percebeu-se que a inclusão do Reiki e o reconhecimento de novas práticas na legislação das PIS, aumentou o interesse dos profissionais e dos gestores em incluí-las na assistência da saúde municipal e que a população ao ser informada tem demandado reivindicações por perceber o valor terapêutico dessas condutas. “Eu mesma nunca acreditei muito nessas práticas, porque nem a fitoterapia estava sendo aceita. Agora, que está tudo regulamentado, tenho procurado por elas” (Entrevista 8). “Eles procuram e pedem nas reuniões do Conselho Local para que tenham mais dessas práticas” (Entrevista 10).

Outra potencialidade é a competência do gestor municipal em elaborar normas técnicas para essa inserção na rede de saúde, definir recursos orçamentários e financeiros para a implantação e implementação, bem como a competência exclusiva na contratação de profissionais e escolha das práticas a serem ofertadas (BRASIL, 2018). Salienta-se a necessidade de que a tramitação siga o regramento que respeite as instâncias do controle social, exercido pelo conselho e a conferência de saúde.

O Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde estimulam espaços de fortalecimento do debate e a troca de experiências entre os municípios para que as PIS sejam asseguradas no SUS (BRASIL, 2018).

Potencialidade derradeira para o uso do Reiki ou de outra PIS, é o fato de que essas terapias podem ser úteis para manutenção da qualidade da vida ou diminuição da dor como nos casos em que o tempo de espera para o atendimento pelo SUS em alguma especialidades médicas como traumatologia, reumatologia, ortopedia é muito longo.

5.3.3 Etapas para implantação

Considerando as potencialidades e desafios do município campo da pesquisa, destacam-se fases mínimas para a implantação do Reiki, que são apresentadas para fins de simplificar e ampliar o entendimento das etapas. Em linhas gerais, as etapas podem ser esquematizadas em: pré-implantação, implantação propriamente dita e pós-implantação.

Dentro da **pré-implantação**, no planejamento inicial, preveem-se os passos de: rastrear interesses, demandas, ambiências nas unidades de saúde da rede do município, que corresponde ao diagnóstico situacional da capacidade instalada e, assim, buscar promover a sensibilização dos profissionais e gestores.

O poder do gestor municipal é um dispositivo facilitador quanto à regulamentação da terapia e à pactuação local, com a Secretaria Estadual da Saúde e o Ministério da Saúde. Organizar protocolos, autorizações e resoluções ou ordens de serviço, produzir e/ou aprovar medidas de orientação aos profissionais e à clientela, valorizar a difusão de informação são movimentos necessários para que aumentem as probabilidades de êxito dessas iniciativas da pré-implantação do Reiki.

Medidas regulamentadoras conferem níveis melhores de segurança aos trabalhadores pela legitimação do trabalho profissional e institucional (SANTOS e TESSER, 2012). Protocolos e políticas gestoras têm chances de promover maior diálogo entre os indivíduos e os coletivos participantes, com ênfase, aos profissionais, pessoas usuárias e lideranças da gestão em saúde. O Conselho Municipal de Saúde, as comunidades escolares e as lideranças populares significativas têm papéis a serem exercidos e as PIS podem ser contempladas em benefício de todas as partes: pessoas, profissionais, gestão.

A fase da **implantação propriamente dita** pode ser estruturada a partir da formação profissional e aperfeiçoamento dos terapeutas, cadastro da prática e da equipe no sistema nacional das PIS, divulgação das informações específicas para os atendimentos e registros, avaliação e reavaliação das atividades em cada etapa da ação.

“Profissionais daqui não têm curso,... mas pode ser que se identifiquem com o Reiki” (Entrevista 1).

“A equipe influencia, ela tem que estar aberta para a implantação” (Entrevista 7). “E, se tiver, tem demanda, acho que os pacientes vão gostar” (Entrevista 1).

Todos os profissionais – e na rede de saúde de Nova Santa Rita não foi diferente – manifestaram orgulho por atuarem na ponta do sistema ou na porta de entrada do SUS. No entanto, sofrem a ausência das oportunidades semelhantes de quem trabalha nos grandes centros populacionais e científicos. Formação, pós-graduação, educação continuada e permanente ou capacitações periódicas devem ser mais intensas e disponíveis a todos e em todas as regiões de saúde. As universidades e os segmentos gestores têm esse encargo e construir-se alternativas é um discurso a ser viabilizado logo e efetivamente. Os profissionais confirmaram que gostariam desses novos aprendizados e a legislação recente sobre as PIS têm essa previsão.

Por fim, a fase da **pós-implantação** mescla-se com variações de etapas anteriores, sendo um processo híbrido, completando instantes nos quais se revezam convergências e o seguimento da terapia implantada.

Acompanhar e monitorar os processos em desenvolvimento, prevendo suas reofertas, é o centro da pós-implantação do Reiki. Relatórios periódicos conduzem a mudanças e reafirmações de condutas e a divulgação sistematizada possibilita o acompanhamento pela população, gestores e o controle social. Não adianta uma única pessoa pretender implantar o Reiki, mesmo que seja dirigente institucional ou liderança comunitária, tal o tamanho do

esforço concentrado a ser empregado: precisam-se condições ambientais, terapeuta e demanda, além do apoio dos demais profissionais.

As falas das pessoas entrevistadas contribuíram para que se possa expor que há fases a serem construídas, etapas a realizar e uma significativa quantidade de passos sem os quais muitos dos avanços conquistados poderão ser desperdiçados. Há acontecimentos relativamente comuns na administração pública. “Entra uma nova equipe de trabalho ou na gestão e encontra as gavetas vazias” (Entrevista 8).

“Quando se pretende iniciar algo novo no serviço, o perfil do profissional deve ser avaliado, principalmente quando se tem interesse de que isso dure, mesmo que ele mude de lugar, município ou função” (Entrevista 3).

O Ministério da Saúde disponibilizou em 2018, o Manual de Implantação de Serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, sugerindo um modelo de planejamento, desde a fase de definição da proposta, facilitando o desenvolvimento dessas práticas de cuidado nas redes municipais até a implantação propriamente dita das PIS.

Recomendando respeito às peculiaridades da população alvo, a proposta inicia com o **levantamento dos atores responsáveis, diagnóstico situacional** reverenciando as **necessidades locais, vulnerabilidades** e a **valorização da cultura popular**, e é complementado pela **análise organizacional** (BRASIL, 2018).

A fase seguinte, segundo o Manual, é a de implantação e desenvolvimento das PIS: **regulamentação da oferta, capacitação dos profissionais**, apoio matricial de **suporte** técnico-pedagógico-assistencial, cooperação horizontal, criação de serviços na atenção básica, **cadastros** desses serviços a nível nacional e a **divulgação para a comunidade** (BRASIL, 2018).

“O processo de **avaliação e monitoramento** permite o acompanhamento dos serviços e a melhora constante deles” (BRASIL, 2018, p.29) e encerra a metodologia do plano de ação. Existem diferentes instrumentos para isso, como exemplo, os indicadores específicos. Os quantitativos podem incluir o número de profissionais já capacitados e a adesão das PIS (ou de uma delas) pelos usuários. Os qualitativos podem avaliar a percepção dos usuários e dos profissionais sobre as PIS.

Em pensamento próximo, Melissa Costa Santos e Charles Dalcanale Tesser (2012), apresentam um método para a implantação e promoção de acesso às PIS na atenção primária à saúde em quatro fases: o estabelecimento de **responsáveis, análise situacional,**

regulamentação e implantação. Esta, por sua vez, é dividida em quatro etapas: início do ciclo de implantação, pactuação do plano local de implantação, viabilização de tutoria e atividades de apoio em educação permanente em saúde.

Observe-se que, embora se faça o estabelecimento de uma sequência lógica de fases e etapas, esses modelos de implantação guiam e sugestionam apenas ideias discutíveis e adaptáveis à realidade local e institucional, quebrando paradigmas preconcebidos, sem regras rígidas ou definitivas.

Vista a compreensão identificadora do que seja um município de pequeno porte e o Reiki como prática profissional humanizada, decorre reconhecerem-se as unidades dos registros anotados e categorias organizadoras deste estudo: os desafios e barreiras, as potencialidades e elementos facilitadores e as etapas destacáveis para viabilizar a implantação do Reiki.

Em faixas de dupla face alinham-se: a informação e o conhecimento, a teoria e a prática distanciadas entre si, os desafios e as potencialidades para implantar e manter o Reiki e as PIS no SUS, o acolhimento das demandas sejam livres e espontâneas ou programadas, o preparo e a sensibilização dos profissionais interessados.

Embora a construção desses caminhos para implantar a Terapia Reiki ou qualquer das PIS em unidade da saúde de município de pequeno porte tenha indicações diversificadas, como foi visto, avançar na produção de conhecimentos necessita destacar um foco central, que seja o da qualificação das ações e da transformação da realidade. Etapas adaptadas de Paixão (2019b) apresentam a propositura de quatro componentes originais que servem ao Reiki: a **caracterização humana**, os **documentos** legais, a **comunicação** da informação com canais para interfaces de saberes e a análise da **performance e dos diálogos ativos**.

A estratificação dos participantes da pesquisa, em gestores, profissionais, lideranças locais e população utente, conduz a caracterizar as personagens humanas dentro da organização municipal. Essa tipagem tem base na identificação da natureza das necessidades, dos interesses e das motivações, bem como a energia dos movimentos individuais e coletivos.

O conjunto dos documentos legais partem da origem constitucional, das leis orgânicas da saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90), portarias, decretos e outras normativas aos termos assinados em pactos e tratativas feitas pela gestão municipal, incluídas as decisões do controle social, da participação da comunidade (tanto com conselheiros municipais, quanto vereadores e líderes locais), plano municipal de saúde, proposta de governo municipal e

relatório das conferências de saúde. A Terapia Reiki tem a base legal, todavia precisa ser protegida pela informação e compreensão de todos. Vereadores, assessores, conselheiros podem aperfeiçoar a legislação pró-Reiki e PIS com tons locais. Podem ser propostas medidas, planejamentos, projetos e iniciativas nesse âmbito que favoreçam a implantação e a implementação do Reiki.

A comunicação da informação sistematiza em planos horizontais e verticais todas as tratativas com os canais que são pulsantes no município. Este item destina-se a apontar a importância das interfaces de saberes nas suas várias origens, dos segmentos populares e movimentos sociais aos meios de comunicação de massa, quer sejam veículos formais, como emissoras de rádio, televisões e jornais, quer seja a mídia digital. Qualificar a troca desses saberes, mecanismos instituídos como na assessoria de imprensa, em escolas e junto a trabalhadores de todos os seguimentos. Merecem circular dados corretos e as pessoas serem mobilizadas a participarem dos momentos da sua municipalidade.

A análise da performance e dos diálogos ativos é para acionar o trabalho de retroalimentação dos dados, da inovação e da sistematização prospectiva. Seja a criação de uma política ou de conteúdo programático, seja uma ação profissional em um setor da unidade de serviços de saúde, preservem-se espaços privilegiados para os níveis de planejamento, condições de direcionamento das fases, controle para a obtenção dos resultados esperados, a avaliação em todas as situações, emissão dos registros e de garantias para que se estabeleça e se conserve a dialogicidade.

As observações sobre essas etapas sugeridas são para implantar a Terapia Reiki e servem a qualquer das práticas integrativas em saúde ou atividades profissionais. Os desafios são grandes e, amplos, os caminhos aos padrões de qualidade. Pensar criticamente, diagnosticar e contribuir para a resolução dos problemas da sociedade, trabalhar em conjunto, desejar o bem comum e respeitar condições melhores a todas as pessoas é, também, apreciar o Reiki como ciência e valorização da energia humana.

6 PARA FINALIZAR

A célula é a menor unidade viva do ser humano. A Terapia Reiki é uma das Práticas Integrativas em Saúde. Vivos, célula e ser humano são como o Reiki e as PIS. Como simbologia do Reiki, o bambu é organismo vivo, flexível e que se reforça ao estar agrupado. Para o bem-estar das pessoas é, dessa energia do conjunto, que as PIS necessitam para se desenvolverem e serem viabilizadas no SUS.

Regulamentadas e com aparatos legais maiores, as PIS ainda têm imensos desafios, pela lacuna de providências a serem tomadas em todas as esferas de governo, especialmente, nas bases dos sistemas municipais de saúde e junto aos órgãos de representatividade das lideranças da população como o conselho municipal de saúde.

Embora existam potencialidades, há desafios de proporções significativamente consideráveis a serem reconhecidos e enfrentados ou contornados segundo o que preconiza o método científico e as devidas técnicas de abordagem, de planejamento, de organização e de busca de resolutividade para as ações profissionais. Contudo, tal qual um feixe de bambu, há esperanças.

Recorta-se da experiência reikiana, da expertise e do aprendizado no convívio com profissionais de proeminência nos pensares e fazeres em saúde e em educação, a necessidade de que, além dos cuidados nas etapas preliminares de planejamento e organização das atividades, tenha-se atenção com procedimentos avaliadores e de acompanhamento do trabalho desenvolvido para servir de paradigma a outros terapeutas e, também, a novos oferecimentos e abertura de campos de práticas e afazeres.

Um município de pequeno porte tem, por suas características, uma distribuição mais rápida das informações que, por isso, precisam ser elaboradas, organizadas e disseminadas de modo correto pelos segmentos públicos da informação, tendo-se em vista que a incompletude dos dados, por exemplo, pode causar a desaprovação de algum intento antes mesmo do método terapêutico ser implantado no serviço de saúde. Esse argumento justifica, de imediato, que se estabeleça uma estreita parceria da equipe de saúde e dos escalões gestores com profissionais da comunicação social, tanto nos meios formais quanto informais de divulgação.

As práticas integrativas, contextualizando-se todos os aspectos a elas referentes como a legislação, a aceitabilidade das pessoas e os seus respectivos formatos terapêuticos – e, nelas, o Reiki – devem ser conhecidas dos profissionais que trabalham nos setores oficiais de

divulgação da prefeitura, da secretaria da saúde e dos demais órgãos públicos. Isso fará com que, mesmo se não houver grande ajuda em propagação, não seja uma barreira a mais no contexto de implantação e implementação das terapias PIS.

Por último, há anúncios crescentes e promissores para ampliarem-se o Reiki e as práticas integrativas no SUS e nas demais ambiências da rede de saúde, bem como em outros espaços do trabalho humano. Este território precisa ser ocupado, dinamizado, reforçado e apoiado por profissionais e lideranças, incluídos os líderes comunitários, para que as PIS possam estar configuradas em opção real de escolha para as pessoas.

A melhor formação de novos terapeutas, o apoio e o aperfeiçoamento dos estudos para quem já o pratica, a unidade dos profissionais e o despertar de uma divulgação mais consciente a todas as pessoas são caminhos importantes a serem percorridos. Olhe-se para trás e se veja para a frente também. Serve para os praticantes do Reiki, das demais PIS e a quem se fizer profissional, uma lição popularizada de um grande vencedor conhecido mundialmente: Ayrton Senna. Certa vez, diante da dificuldade para se tornar campeão mundial de automobilismo ele enunciou: *Na adversidade, uns desistem; enquanto outros batem recordes.* Que assim seja!

REFERÊNCIAS

- A CONSTITUIÇÃO CIDADÃ. ISTOÉ 35 ANOS, 2016. Disponível em: <https://istoe.com.br/161883_A+CONSTITUICAO+CIDADA/>. Acesso em: 25 mar. 2019.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REIKI. **Reiki**: conceituação, origens e onde vivenciá-lo. Disponível em: <<http://www.ab-reiki.com.br/reiki.htm>>. Acesso em: 26 mar. 2019.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. **IDHM de Nova Santa Rita**. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/nova-santa-rita_rs>. Acesso em: 26 maio 2019.
- AYRES, J. R.C.M. **Humanização dos cuidados em saúde conceitos , dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 49-83.
- BESSA José Henrique do Nascimento, OLIVEIRA Denize Cristina de. O uso da terapia Reiki nas Américas do Norte e do Sul: uma revisão. In: **Revista de Enfermagem UFRJ**. Rio de Janeiro:UFRJ, 2013. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a17.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2019.
- BARRETO, A. Práticas Integrativas e Complementares como Ética da sensibilidade no cuidado humano. In: **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care ISSN 2179-6750**, v. 8, n. 2, p. 181-202, 22 ago. 2018. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/525>> Acesso em: 25 mar. 2019.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/508200/CF88_EC85.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 maio 2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário temático**: práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>> Acesso em: 10 abr 2018
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/sobre-o-programa/693-acoes-e-programas/40038-humanizassus>>. Acesso em: 10 jun. 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html> Acesso em: 10 maio 2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 10 maio 2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 145, de 11 de janeiro de 2017**. Altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS para atendimento na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/prt_145_11_01_2017.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **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. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_849_27_3_2017.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html. Acesso em: 10 maio 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 56 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p.

CASTELLS, M. **A questão urbana**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

CIELO, Ivanete Daga et al. Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no Estado do Paraná (2011). In: **Desenvolvimento Regional em Debate**. v. 5, n.1, p. 211-230, jan/jun, 2015.

CORDEIRO, Luciana Rodrigues. **Reiki como cuidado de enfermagem em pessoas com ansiedade no âmbito da estratégia saúde da família**. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). UFC, Fortaleza.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012.

FREITAG, Vera Lucia et al. Benefícios do reiki em população idosa com dor crônica. In: **Texto Contexto Enfermagem**. v. 23, n. 4. Florianópolis: UFSC, 2014. p. 1032-1040. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01032.pdf>. Acesso em: 12 maio 2019.

_____. A terapia do reiki a Estratégia de Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. In: Revista online de pesquisa cuidado é fundamental. v. 1. n.2. Rio de Janeiro: URFJ, jan. 2018. p. 248-253. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/3004/pdf>>. Acesso em: 12 maio 2019.

MICHAELIS. Implementação. In: **Dicionário Michaelis**. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/implanta%C3%A7%C3%A3o/>>. Acesso em: 26 mar. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores municipais de Nova Santa Rita**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/nova-santa-rita/panorama>>. Acesso em: 26 maio 2019.

JABOSEN, Márcia da Silva et al. Prática do Reiki como tecnologia de cuidado na saúde. In: MASCARENHAS, Marcello Ávila & JABOSEN, Márcia da Silva (Orgs). **Práticas Integrativas e complementares em saúde**. Porto Alegre: Universitária Metodista IPA, 2017. 179 p

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**, 59, 403-10, 2006.

KUREBAYASHI, Leonice Fumiko Sato. Massagem e Reiki para redução de estresse e ansiedade: Ensaio Clínico Randomizado. In: **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: USP, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02834.pdf>. Acesso em: 12 maio 2019.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

LIMA, Karka Morais Seabra Vieira; SILVA, Kênia Lara; TESSER, Charles Dalcanale. Práticas Integrativas e Complementares e a relação com promoção da saúde: experiência de um serviço municipal de saúde. In: **Interface**. Botucatu: SMS, 2013.

MAGALHÃES, João. **Reiki em hospitais – críticos e adeptos**. Maio, 2016. Disponível em: <<https://www.joaomagalhaes.com/o-tao-do-reiki/2016/05/reiki-em-hospitais-criticos-e-adeptos/>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

MATTOS, Pedro Lincoln C.L. de. **A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 823-47, 2005.

MINAYO, Maria. C. S. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2016. 96 p.

MERHY, Emerson Elias & MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. Genealogia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. In: **Saúde em Redes**. v. 3, n. 2, p 145-152, 2017.

MOURA, Dione Oliveira. Comunicação em saúde: apenas remediar ou participar e prevenir? In: MENDONÇA, Valéria et al.(Org.). **Comunicação da informação em saúde: aspectos de qualidade**. Brasília: Departamento de Ciência da Informação e Documentação (CID/UnB), 2008. p. 123-131. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/15477>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

OMS. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Organización Mundial de la Salud, 2002. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;sequence=1>. Acesso em: 26 jun. 2018.

OMS. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Organización Mundial de la Salud, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf;jsessionid=48FF97C2E4A61E0FF397CFE41529CE0F?sequence=1>. Acesso em: 26 jun. 2018.

PAIXÃO, Dilmar Xavier da. A doença da saúde e as muitas faces de um mesmo problema. In: **Vozes do Partenon Literário**. Porto Alegre: Metrópole, 2009.112 p.

PAIXÃO, Dilmar Xavier da. PAIXÃO, Márcia. RIOS, Diego. Questão que mexe com todo mundo: a nossa saúde. In: **Vozes do Partenon Literário V**. Porto Alegre: Revolução Cultural, 2013. p. 58-65.

PAIXÃO, Dilmar Xavier da. GIRON, Camila. Práticas Integrativas em Saúde na Atenção Básica: a experiência de plantar sementes no SUS. In: XI SEMINÁRIO NACIONAL DE DIÁLOGOS COM PAULO FREIRE, 2017, Nova Santa Rita- RS. **Anais...** Nova Santa Rita: SME, 2017.

_____. Práticas Integrativas em Saúde: uma carta pedagógica da interioridade geográfica ao interior humano. In: XX FÓRUM DE ESTUDOS: LEITURAS DE PAULO FREIRE, 2018. **Anais...** São Leopoldo: Unisinos, 2018.

_____. REIKI: técnica terapêutica, bem-estar e amor inconstitucional. In: **Vozes do Partenon Literário XI**. Porto Alegre: Partenon Literário, 2019.

PAIXÃO, Dilmar Xavier da. *Práticas Integrativas e Complementares em Saúde*. Porto Alegre: UFRGS, 2019a. Notas de aula.

_____. Saúde integral e práticas integrativas em saúde: alcance, inserção e contribuições ensino-serviço nesta contemporaneidade. In: DALEGRAVE, Daniela (Org). **Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**. Cajueiro: UFRB, 2019b.

PEREIRA, Wallace.M. TRAVASSOS, Guilherme Horta. Abordagem para concepção de experimentos científicos em larga escala por *workflows* científicos. In: Programa de Engenharia de Sistemas e Computação, Rio de Janeiro- RJ. **Anais...** Rio de Janeiro: UFRJ, 2014.

PITTA, Áurea Maria. **A comunicação serviços de saúde/ população:** modelos educativos e desafios a partir de discussões recentes. 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). UERJ/ Instituto Social, Rio de Janeiro.

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA SANTA RITA. **Dados demográficos.** Nova Santa Rita, 2019. Disponível em: < <https://novasantarita.atende.net/>>. Acesso em: 10 maio 2018.

_____. Decreto n.3, de 10 jan. 2018. Homologa o Plano Municipal de Saúde – Quadriênio 2018-2021. **Plano Municipal de Saúde**, Nova Santa Rita, 10 jan. 2018. Disponível em < <https://leismunicipais.com.br/a1/rs/n/nova-santa-rita/decreto/2018/1/3/decreto-n-3-2018-homologa-o-plano-municipal-de-saude-quadrienio-2018-2021>>. Acesso em: 9 jul. 2019

_____. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório da VIII Conferência Municipal de Saúde. Nova Santa Rita, 09 abr. 2019.

RAMOS, Luis Felipe Chagas. O Reiki e o Bambu. In: **REIKI: o caminho da energia.** 27 out. 2013. Disponível em: <<https://reiki.pro.wordpress.com/2013/10/27/o-reiki-e-o-bambu/>>. Acesso em: 10 jul 2019.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DA SAÚDE. **Resolução nº 695, de 30 de dezembro de 2013.**

Disponível em:

<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/2016/page/pepic_rio_grande_do_sul.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

RODRÍGUEZ, Lourdes Díaz. Uma sessão de Reiki em enfermeiras diagnosticadas com síndrome de Burnout tem efeitos benéficos sobre a concentração de IgA salivar e a pressão arterial. In: **Revista Latino Americana de Enfermagem.** v. 19. n. 5. Ribeirão Preto: USP, set./out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_10>. Acesso em: 12 maio 2019.

SALLES, Léia Fortes et al. Efeito do Reiki na hipertensão arterial. In: **Acta Paulista de Enfermagem.** n.5. v.27. São Paulo: set./out., 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0479.pdf>. Acesso em: 12 maio 2019.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A universidade no século XXI:** para uma reforma democrática e emancipatória da universidade. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **Epistemologias do Sul e a reinvenção da democracia.** Porto Alegre: UFRGS, 2019. Notas de aula.

SANTOS, Melissa Costa. TESSER, Charles Dalcanale. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** v. 17. n. 11. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012. p. 3011-3024. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100018>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

SARAVIA, Henrique. **Políticas públicas:** coletânea. v.2. Brasília: ENAP, 2006. p. 21-42.

SILVEIRA, Roberta de Pinho. **Verdades em (des)construção:** uma análise documental das práticas integrativas e complementares em saúde. 2018. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva). UFRGS, Porto Alegre.

SOUSA, Raquel Melo de & GUIMARÃES, Celma Martins. **Aplicação do Toque terapêutico na assistência complementar em enfermagem.** Goiânia: 2014. Disponível em: < <file:///C:/Users/Camila/Downloads/3815-11028-1-PB.pdf>>. Acesso em: 26 mar 2019.

STAMM, Cristiano et al. **A população urbana e a difusão das cidades de porte médio no Brasil**. Toledo: UNIOESTE, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122013000200011>. Acesso em: 26 jun. 2018.

STRECK, Danilo R. REDIN, Euclides. ZITKOSKI, Jaime José. **Dicionário Paulo Freire**. 4 ed. São Paulo/Belo Horizonte: Autêntica, 2018. 512 p.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 2 ed. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001. 151 p.

VALADARES, Carolina. BERALDO, Nicole. **No Rio Grande do Sul, 267 municípios utilizam práticas integrativas no tratamento de pacientes do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42818-no-rio-grande-do-sul-267-municipios-utilizam-praticas-integrativas-no-tratamento-de-pacientes-do-sus>> Acesso em: 25 mar. 2019.

VIEIRA, Tony de Carlo Vieira. **O Reiki nas práticas de cuidado de profissionais do Sistema Único de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Florianópolis, 2017.

WHO. The Fifty-sixth World Health Assembly. **Resolution WHA 56.31, 28 may 2003**. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea56r31.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada para Gestores Municipais e Lideranças Comunitárias

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- **Identificação**

Local da pesquisa:

Data da entrevista:

Cargo que ocupa:

Formação profissional:

Idade:

Sexo:

- **Questões da entrevista com os profissionais:**

1- Qual o seu conhecimento sobre a terapia Reiki?

2- Qual a sua opinião sobre o Reiki como uma das PIS?

3- Você entende como viável implantar o Reiki nas unidades de saúde do município?

4- Essa implantação seria adequada para todas as unidades?

5- Outras considerações julgadas oportunas.

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada para os profissionais

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- **Identificação**

Local da pesquisa:

Data da entrevista:

Cargo que ocupa:

Formação profissional:

Idade:

Sexo:

- **Questões da entrevista com os profissionais:**

1- Você pratica o Reiki?

2- Se afirmativo, há quanto tempo?

3- Qual o seu conhecimento sobre a terapia Reiki?

4- Qual a sua opinião sobre o Reiki como uma das PIS?

5- Você entende como viável implantar o Reiki nas unidades de saúde do município?

6- Essa implantação seria adequada para todas as unidades?

7- Outras considerações julgadas oportunas.

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semiestruturada para clientela

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- **Identificação**

Local da pesquisa:

Data da entrevista:

Nível de escolaridade:

Idade:

Sexo:

- **Questões da entrevista com os profissionais:**

1- Você tem ou teve tratamento através da terapia Reiki?

2- Se afirmativo, há quanto tempo? Foi ofertada pelo município?

3- Se inexistente, você gostaria que tivesse disponível essa terapia no município?

4- Outras considerações julgadas oportunas.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____, declaro que, assinando esse documento, aceito o convite e estou ciente e dou o meu consentimento para participar da pesquisa intitulada **O REIKI “IN VITRO” COMO CÉLULA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE**: potencialidades e desafios para sua viabilização, que tem por objetivo geral de compreender a terapia Reiki enquanto ciência, arte e campo de energia humana como uma célula das Práticas Integrativas em Saúde do SUS e destacar etapas para viabilizar a sua implantação em uma unidade do serviço público de saúde de um município de pequeno porte.

Sei que, ao aceitar este convite para participar da pesquisa, minha colaboração se fará de forma anônima por meio de uma entrevista semiestruturada sobre o conhecimento da Terapia Reiki e etapas para a possibilidade de implantação em unidade de saúde do município de Nova Santa Rita-RS. Essa entrevista foi agendada por contato prévio, pessoalmente e combinada com a pessoa entrevistada, por meio de agendamento direto e com marcação pessoal confirmatória. Recebi a informação de que terei, na condição de entrevistado(a), a escolha do horário e local para a entrevista, sendo em ambiente reservado do setor administrativo da Secretaria Municipal de Saúde ou de unidade de saúde no município ou, ainda, aonde eu indicar. O tempo de duração da entrevista será de quinze minutos, gravada em áudio e registrada, posteriormente, por escrito, sendo o mesmo descartado cinco anos após a conclusão da pesquisa. Outrossim, declaro que me foi assegurado que essas informações fornecidas serão utilizadas somente para a finalidade desta pesquisa.

Fui informado(a), também, que é possível ocorrerem riscos mínimos, como eventuais desconfortos ou constrangimentos ao responder alguma pergunta durante a entrevista ou o tempo de duração da mesma, e que, após o início da entrevista, posso, a qualquer momento da pesquisa, recusar-me a responder a perguntas ou encerrar a minha participação, sem que isso venha a meu prejuízo, pois trata-se de livre participação. Estou informado(a), ainda, como combinado anteriormente, o ambiente será reservado para conversação individual e que a qualquer momento será respeitada a minha decisão de não participar mais.

Ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados por meio do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), artigos científicos e publicações em eventos da área.

Assim, considerando-me esclarecido em relação à proposta da pesquisa, aceito o convite em participar da mesma.

Possíveis dúvidas acerca da pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador responsável e equipe de pesquisa através do email dilmarpaixao@yahoo.com.br (Professor Dilmar) e whatapp (051)999945583 e/ou email gironlife@gmail.com (Acadêmica Camila Giron) e whatapp (051)996795585 ou no seguinte local: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Rua São Manoel, nº 963 - Bairro Rio Branco Porto Alegre/RS - CEP: 90620-110, Telefone: (051) 3308-5702).

É possível entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP-UFRGS) no seguinte endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 - Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060, Telefone: (051) 3308-3738 ou pelo e-mail: etica@propesq.ufrgs.br.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do(a) participante

Nova Santa Rita, ____ de _____ de 2019.

APÊNDICE E - Carta de Anuência para Autorização de Pesquisa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Projeto de Pesquisa

Porto Alegre, 29 de junho de 2018.

**Senhora Prefeita, Prof^a Margareth, e
Senhora Secretária Municipal de Saúde**

Retomamos, com satisfação, o contato com a Comunidade de Nova Santa Rita e saudamos as Gestoras do Município e da Secretaria de Saúde, respectivamente, ao tempo em que informamos do interesse e do presente pedido de autorização para que seja realizado, na rede de saúde da localidade, o Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS.

O trabalho será desenvolvido pela Acadêmica **CAMILA GIRON**, munícipe de longa data dessa cidade, e terá como Título:

O REIKI “IN VITRO” COMO UMA CÉLULA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE: etapas para viabilizar a sua implantação em ambiente de trabalho do SUS.

Esperando a melhor acolhida a esse pleito, renovamos votos de estima e consideração, bem como, colocamo-nos ao dispor para as demais informações complementares que se fizerem necessárias.

Atenciosamente.

Prof Dilmar Xavier da Paixão – Prof Orientador

Acadêmica Camila Giron - Pesquisadora

**Excelentíssima Senhora
Prof^a MARGARETE SIMON FERRETTI**

**Ilustríssima Sra ELIANE IENSEN
Secretária Municipal de Saúde**

Em mãos

APÊNDICE F - Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD)

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto:

O REIKI “IN VITRO” COMO UMA CÉLULA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE: potencialidades e desafios para sua viabilização

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade de todas as pessoas cujos dados estejam colocados em registros encontrados nas unidades da rede de saúde do município ou na estrutura gestora e bases de dados da Prefeitura Municipal de Nova Santa Rita.

Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 25 de junho de 2019.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Dilmar Xavier da Paixão	
Camila Giron	

ANEXO A -Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O REIKI 'IN VITRO' COMO CÉLULA DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE: potencialidades e desafios para a sua viabilização.

Pesquisador: Dilmar Xavier da Paixão

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 13857618.0.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.445.248

Apresentação do Projeto:

Trata-se de terceira versão do Projeto de Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, da aluna Camilla Giron, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo o Professor Dilmar Xavier da Paixão como pesquisador responsável (orientador).

As Práticas Integrativas em Saúde (PIS) são um novo campo de estudo, pesquisa e ação profissional, método de inovação como plano de cuidado para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde. A partir de 2017, o Reiki está admitido como uma das PIS no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

A questão central do trabalho é: considerando-se as potencialidades e os desafios, quais são as etapas necessárias para viabilizar a implantação do Reiki como prática integrativa em saúde em unidade do serviço público do Sistema Único de Saúde?

Trata-se de uma pesquisa descritiva e documental, com abordagem qualitativa, para buscar etapas que possam viabilizar a implantação do REIKI como uma das Práticas Integrativas em Saúde em unidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi informado que haverá uso de dados secundários, tais como registros encontrados nas unidades da rede de saúde do município ou na estrutura gestora da prefeitura.

O campo da pesquisa será uma unidade de saúde da rede pública de um município de pequeno porte, considerado pelos pesquisadores o ponto inicial de implantação e implementação de uma

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farróupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.445.248

ação inovadora como o Reiki no SUS. A investigação abrangerá, ainda, o contexto de ações e serviços da saúde da esfera pública, a partir do exame da legislação local, como o plano municipal de saúde, e outros documentos legais, relativos ao Reiki.

Participantes da pesquisa: gestores, lideranças locais e profissionais do campo da saúde no município e clientes do Reiki, mediante sorteio, segundo cada uma dessas classificações, e por ordem sequencial de contato pessoal. A estimativa é de dez participantes, sendo dois gestores, quatro profissionais de saúde, duas lideranças locais, dois clientes da Terapia Reiki.

Critérios de inclusão: para os líderes locais e gestores adotou-se a atuação como líder de grupo de profissionais trabalhadores da área pública e os que exerçam cargos de chefia de serviços no período do estudo e que aceitem o convite para participar, livremente, das entrevistas. Os profissionais serão incluídos se estiverem lotados como servidores ativos da equipe da rede de saúde local, na unidade selecionada para a pesquisa e aceitarem o convite de participação. A clientela será composta por pessoas que sejam clientes habituais da prática do Reiki em qualquer tipo de serviço e que se disponham a oferecer sugestões para implementação do Reiki no município, aceitando o convite para participar.

Critério de exclusão: serão excluídos os demais profissionais de saúde que não possuam vínculos com o município na unidade selecionada, servidores municipais que estiverem em período de licença, férias ou afastados de suas funções e pessoas que não comprovem o exercício neste período ou não exerçam cargos e funções como gestores ou líderes de grupos no município e que não aceitem o convite para participar da entrevista.

Para a coleta de dados, serão realizadas entrevistas semiestruturadas, com utilização de um roteiro, até obtenção de saturação das informações.

A entrevista será agendada por contato prévio, pessoalmente, e combinada com a pessoa entrevistada, por meio de agendamento direto e com marcação pessoal confirmatória. O entrevistado(a) receberá a informação de que será sua a escolha do horário e do local para a entrevista, podendo ser em ambiente reservado do setor administrativo da Secretaria Municipal de Saúde ou unidade de saúde do município ou, ainda, aonde o entrevistado(a) indicar. O tempo de duração da entrevista será de quinze minutos, gravada em áudio e registrada, posteriormente, por escrito, sendo o mesmo descartado cinco anos após a conclusão da pesquisa.

A análise de dados será realizada conforme etapas propostas para análise temática.

Cronograma de execução: foi reformulado, ajustando o início das etapas de execução da pesquisa para data posterior à aprovação pelo CEP/UFRGS.

Orçamento: os custos da pesquisa serão de responsabilidade do pesquisador principal.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.445.248

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender a terapia Reiki enquanto ciência, arte e campo de energia humana como uma célula das Práticas Integrativas em Saúde do SUS e destacar etapas para viabilizar a sua implantação em uma unidade do serviço público de saúde de um município de pequeno porte.

Objetivos Secundários:

- Identificar potencialidades e elementos facilitadores para implantação do Reiki em município de pequeno porte.
- Reconhecer desafios e barreiras que possam dificultar a viabilização do Reiki no processo de implantação.
- Descrever a concepção do Reiki na ótica dos profissionais e dos gestores dos serviços de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão descritos adequadamente, em todos os documentos.

Riscos: É possível ocorrerem riscos mínimos, como eventuais desconfortos ou constrangimentos ao responder alguma pergunta durante a entrevista ou devido ao tempo de duração previsto (15 minutos). Será informado ao participante que, após o início da entrevista, poderá a qualquer momento recusar-se a responder a perguntas ou poderá encerrar a sua participação, sem que isso venha a seu prejuízo, pois trata-se de livre participação. A pessoa entrevistada escolherá data, horário e local para realização da entrevista. O ambiente será reservado, para conversação individual. A qualquer momento será respeitada a decisão da pessoa de não mais participar.

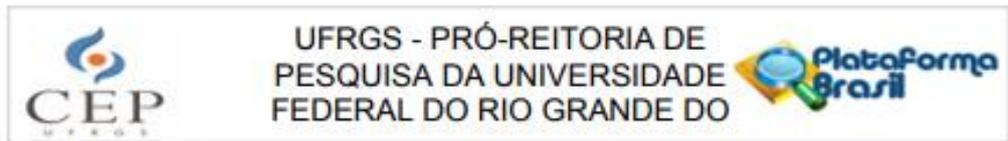
Benefícios:

A pesquisa oferecerá ao município referência, orientações que possam viabilizar a implantação do Reiki na prática cotidiana da rede básica de saúde pública e coletiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver apresentação do projeto.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.445.248

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- Projeto completo, contendo as alterações solicitadas
- Termo de Anuência da Instituição Coparticipe: foi anexado ofício com a concordância para a realização da pesquisa
- Roteiros para realização das entrevistas: Apêndices A, B e C do projeto de pesquisa
- Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- Informações Básicas da Plataforma Brasil
- Cronograma: adequado
- Orçamento: adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer anterior foram atendidas:

- O Cronograma de execução foi reformulado. As etapas de execução da pesquisa têm início previsto para data posterior à aprovação pelo CEP/UFRGS.
- Os riscos estão adequados na Plataforma Brasil, projeto e TCLE.
- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi modificado, conforme solicitado.

O projeto de pesquisa está em condições de aprovação quanto aos aspectos éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1241422.pdf	05/07/2019 16:33:44		Acelto
Outros	IICARTARESPOSTAAOCEP.pdf	05/07/2019 16:32:55	Dilmar Xavier da Paixão	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	IIPROJETOCAMILAGIRON.pdf	05/07/2019 16:30:33	Dilmar Xavier da Paixão	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_apendice_D.pdf	05/07/2019 16:27:54	Dilmar Xavier da Paixão	Acelto

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 3.445.248

Outros	TCUD.pdf	27/06/2019 23:27:20	Dilmar Xavier da Paixão	Aceito
Folha de Rosto	DilmarXavierdaPaixao.pdf	30/04/2019 09:57:44	Dilmar Xavier da Paixão	Aceito
Outros	documentoid.pdf	18/10/2018 10:53:11	Dilmar Xavier da Paixão	Aceito
Outros	oficio.pdf	18/10/2018 10:46:25	Dilmar Xavier da Paixão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Julho de 2019

Assinado por:

MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Famosinha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br

