



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TONY DE CARLO VIEIRA

O Reiki nas práticas de cuidado de profissionais do Sistema Único de Saúde

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Florianópolis
2017

TONY DE CARLO VIEIRA

O Reiki nas práticas de cuidado de profissionais do Sistema Único de Saúde

Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de Pós -
Graduação em Saúde Coletiva, da
Universidade Federal de Santa
Catarina como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Charles
Dalcanale Tesser

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Vieira, Tony de Carlo

O Reiki nas práticas de cuidado de profissionais
do Sistema único de Saúde / Tony de Carlo Vieira;
orientador, Charles Dalcanale Tesser, 2017.

121 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

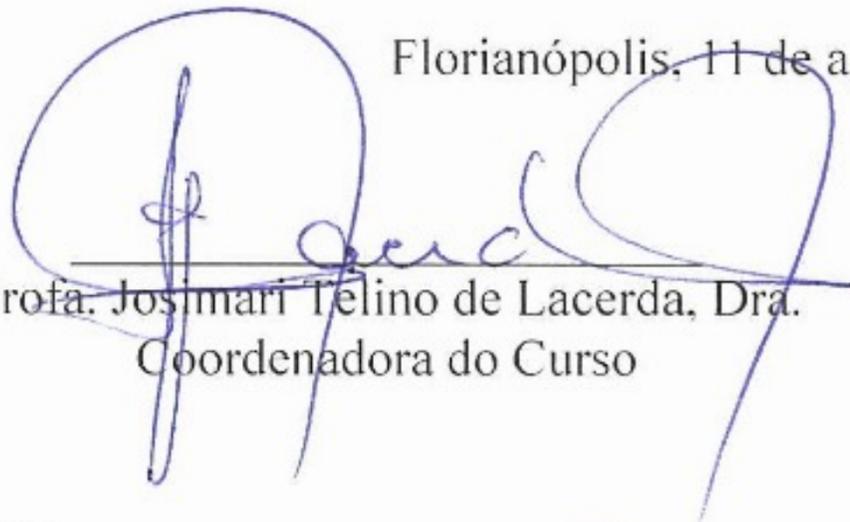
1. Saúde Coletiva. 2. Reiki . 3. Atenção Primária
a Saúde. 4. Cuidado. 5. Terapias Complementares. I.
Tesser, Charles Dalcanale . II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva. III. Título.

TONY DE CARLO VIEIRA

**O REIKI NAS PRÁTICAS DE CUIDADO DE PROFISSIONAIS
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.**

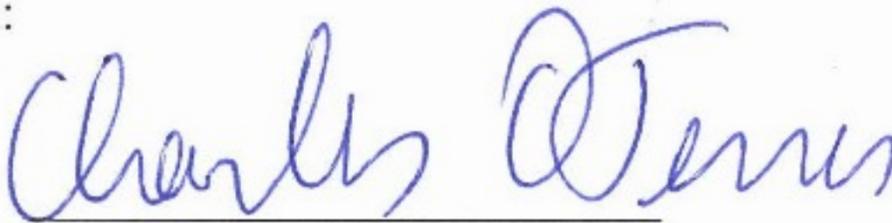
Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Mestre (a) pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 11 de agosto de 2017.



Prof. Josimari Telino de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso

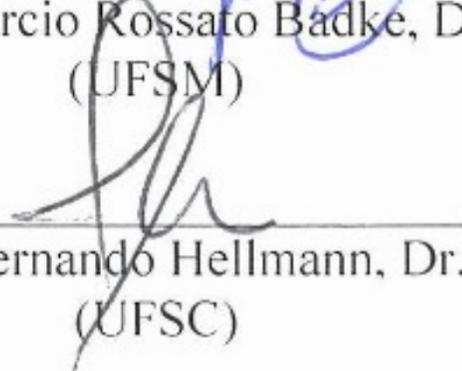
Banca Examinadora:



Prof. Charles Dalcanale Tesser, Dr.
UFSC (Presidente)



Prof. Marcio Rossato Badke, Dr.
(UFSC)



Prof. Fernando Hellmann, Dr.
(UFSC)

Dedico este trabalho a todos aqueles que exercem a arte de cuidar por meio do Reiki.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus pelo dom da vida. Sou eternamente grato e feliz simplesmente por viver e poder aqui escrever estas palavras.

Gratidão especial a toda minha família em especial os meus pais Érico e Marlene e ao meu irmão Jean pela presença inabalável em minha vida nas horas boas e ruins. Não chegaria aqui com certeza, se não fosse “com” e “por” vocês.

Ao meu pai que desde a infância colocou-me em contato com a temática do cuidado humano através de seu exemplo de benevolência e entrega ao próximo atuando como profissional de enfermagem. Como andar nos corredores do HU/UFSC e nos “postos” de saúde sem lembrar de ti?

Ao meu orientador Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser pelo apoio e acolhida na temática de pesquisa antes mesmo de iniciar o mestrado. Nada como você poder pesquisar e dedicar-se aquilo que gosta e acredita. Sou grato por todas as suas orientações e por compreender minhas deficiências e fragilidades. Obrigado!

Ao colega e Prof. Dr. Douglas Kowaleski pelas palavras de incentivo para investir no campo da Saúde Coletiva demonstrando-me uma direção a seguir num momento de grandes incertezas pessoais. Parte do efeito e fruto disto está aqui! Muito obrigado!

Aos colegas de turma, alunos de estágio de docência, funcionários e professores do Centro de Ciências da Saúde e da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC pela ajuda mútua, trocas de conhecimento, experiências e afetos.

A CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa para realização deste mestrado, sem esse subsídio a tarefa tornaria-se muita mais difícil.

Ao colega Geovani que em 2001 colocou-me em contato com o Reiki.

Aos mestres de Reiki em especial a Guelinde Volpato que iniciou-me no Reiki, a Felipe Bauer que conduziu os seminários para os participantes da pesquisa e ao Johnny de Carli, pioneiro no ensino do Reiki no Brasil e hoje um autor de respeito em várias partes do mundo. Obrigado Johnny por abrir as portas do Instituto Brasileiro de Difusão do Reiki para que pudéssemos reciclar nossos conhecimentos no tema.

A Marilda coordenadora do Projeto Amanhecer HU/UFSC, a Glorinha e toda a equipe de voluntários e praticantes de Reiki do projeto por não terem medido esforços para auxiliar na viabilização dos Seminários de Iniciação em Reiki. Isto tornou possível a oferta de vagas para os profissionais do SUS viabilizando a coleta dos dados de campo desta pesquisa.

A direção do Hospital Universitário da UFSC e a coordenação da CPIC - Comissão de Práticas Integrativas e Complementares da Secretaria

de Saúde do Município de Florianópolis pela autorização para a coleta de dados junto aos profissionais envolvidos na pesquisa de campo.

Aos profissionais que participaram das entrevistas e contribuíram com suas experiências vivenciadas.

A todos aqueles que antecederam esse estudo e serviram de referências e bússola com suas obras. Em especial ao Prof. Dr. Ricardo Monezzi da UNIFESP que dedicou boa parte de sua carreira acadêmica ao estudo do Reiki. Obrigado pelo incentivo e auxílio principalmente no início desta jornada. Como diria Isaac Newton: “Se eu vi mais longe, foi por estar sobre ombros de gigantes.”

“Só por hoje sejas grato” (Mikao Usui). A quase 100 anos o Mestre Usui desejava e acreditava que o Reiki pudesse um dia chegar ao alcance de todos. E que isso tornaria o mundo melhor. Tudo indica que estamos indo nessa direção.

“Há mais mistérios entre o Céu e a Terra do que sonha a nossa vã filosofia.”
(William Shakespeare)

“O essencial é invisível aos olhos” (Antoine de Saint-Exupéry)

“Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor, seria como o metal que soa ou como o sino que tine.

E ainda que tivesse o dom de profecia, e conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, e ainda que tivesse toda a fé, de maneira tal que transportasse os montes, e não tivesse amor, nada seria.

E ainda que distribuísse toda a minha fortuna para sustento dos pobres, e ainda que entregasse o meu corpo para ser queimado, e não tivesse amor, nada disso me aproveitaria.”
(Coríntios 13:1-3)

RESUMO

VIEIRA, Tony de Carlo. **O Reiki nas práticas de cuidado de profissionais do Sistema Único de Saúde**. Florianópolis, 2017. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Programa de Pós - Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Orientador: Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser

O Reiki é uma prática oriunda do Japão caracterizada por imposição de mãos nas superfícies corporais ou próximo delas e que segundo seus praticantes transmite uma energia universal como forma de equilíbrio energético para si ou nos outros. Os praticantes também são orientados a seguir princípios e valores de conduta, de acordo com a tradição, passado de mestre para iniciado. O Reiki é uma PIC presente no Sistema Único de Saúde (SUS) e na atenção primária à saúde (APS) pelo menos desde 2004, quando foi registrado em levantamento do Ministério da Saúde, sendo que recentemente foi reconhecido oficialmente como uma prática integrativa e complementar (PIC) na tabela de procedimentos do SUS. Pesquisas têm evidenciado os seus benefícios à saúde humana, no entanto, existe uma carência de estudos qualitativos focando a prática do Reiki por profissionais de saúde do SUS, e sua contribuição para seu cuidado pessoal, seu bem-estar e qualidade de vida, e como influência ou é aplicado no cuidado do outro e dos usuários dos serviços. Assim, esta pesquisa objetivou analisar a experiência de profissionais do SUS de Florianópolis recém-iniciados em Reiki. Realizou-se um estudo observacional qualitativo, envolvendo um grupo de 21 profissionais do SUS que se inscreveram voluntariamente e participaram de um seminário gratuito de iniciação em Reiki nível I, no município de Florianópolis/SC. A coleta dos dados foi realizada entre os meses de Janeiro e Fevereiro de 2016, por meio de entrevistas semiestruturadas, transcritas e analisadas por meio de análise de conteúdo temática, no software MAXQDA Standard 12. Os participantes eram na maioria jovens, enfermeiros, embora houvesse no total 07 profissões, do sexo feminino, atuantes na atenção primária, de equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), e servidores do Hospital Universitário da UFSC. Os entrevistados relataram ter praticado Reiki para si mesmo, e que a prática contribuiu para o cuidado pessoal na saúde física, mental, bem-estar e autoconhecimento. O reiki foi visto como forma de autoatenção, segundo a perspectiva de Eduardo Menendez, tendo sido praticado também em familiares e amigos. Os profissionais entenderam o Reiki como prática integrativa e complementar para (re)equilíbrio 'energético', de caráter holista e espiritualista. A grande maioria não

praticou o Reiki em usuários nos serviços de saúde, em que atuam (apenas três o fizeram), devido à insegurança e dificuldades de tempo e espaço, mas foram otimistas quanto a sua oferta aos usuários do SUS, principalmente na atenção primária à saúde e em abordagens coletivas ou grupais, incluindo a possibilidade de capacitação dos usuários. Vem crescendo a popularidade do Reiki, principalmente por praticantes leigos, que vem usando este por mais de 90 anos, deste a época de Mikao Usui, seu fundador. São necessários mais estudos, bem como sua divulgação para a comunidade acadêmica, melhorando a aceitabilidade social e institucional desta PIC e visando elucidar as formas pelas quais esta prática pode ser inserida no cuidado dos profissionais e usuários do SUS, com intuito de um cuidado integral a saúde das pessoas e na prevenção e promoção da saúde.

Palavras-chave: Reiki, Atenção primária à saúde, Terapias complementares, Saúde Pública, Cuidado.

ABSTRACT

VIEIRA, Tony de Carlo. **Reiki in the care practices of Health Unic System professionals**. Florianópolis, 2017. Dissertation of Master in Collective Health. Post - Graduate Program in Collective Health. Federal University of Santa Catarina. Privacy Policy | Dr. Charles Dalcanale Tesser

Reiki is a practice originating in Japan characterized by the imposition of hands on or close to the body surfaces and according to its practitioners transmits a universal energy as a form of energy balance for themselves or others. Practitioners are also guided to follow principles and values of conduct, according to tradition, passed from master to initiate. Reiki is a PIC in the Unified Health System (SUS) and in primary health care (PHC) since at least 2004, when it was registered in a Ministry of Health survey, and has recently been officially recognized as an integrative and complementary practice (PIC) in the SUS procedure table. Research has evidenced its benefits to human health, however, there is a lack of qualitative studies focusing on the practice of Reiki by SUS health professionals, and their contribution to their personal care, well-being and quality of life, and how influence or is applied in the care of the other and the users of the services. Thus, this research aimed at analyzing the experience of professionals from the SUS of Florianópolis recently initiated in Reiki. A qualitative observational study was carried out, involving a group of 21 SUS professionals who voluntarily enrolled and participated in a free Reiki initiation seminar level I, in the city of Florianópolis / SC. Data collection was performed between January and February 2016, through semi-structured interviews, transcribed and analyzed through thematic content analysis in the MAXQDA Standard 12 software. Participants were mostly young, nurses, although there were in total, 07 professions, female, working in primary care, Family Health and Family Health Support Units (NASF), and servers of the University Hospital of UFSC. Respondents reported having practiced Reiki for themselves, and that practice contributed to personal care in physical, mental health, well-being, and self-awareness. Reiki was seen as a form of self-attention, according to the perspective of Eduardo Menendez, having been practiced also in family and friends. Practitioners have understood Reiki as an integrative and complementary practice for 'energy' (re) balance, of a holistic and spiritualistic character. The vast majority did not practice Reiki in users in health services, in which they act (only three did), due to the insecurity and difficulties of time and space, but were optimistic about their offer to SUS users, mainly in primary care health and collective or group approaches, including the possibility of

user empowerment. The popularity of Reiki is growing, especially by lay practitioners, who have been using it for more than 90 years, from the time of Mikao Usui, its founder. More studies are needed, as well as their dissemination to the academic community, improving the social and institutional acceptability of this PIC and aiming at elucidating the ways in which this practice can be inserted in the care of SUS professionals and users, aiming at a comprehensive care health and prevention and promotion of health.

Key words: Reiki, Primary health care, Complementary therapies, Public health, Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Publicação de artigos indexados sobre Reiki de 1989 a 2017..	45
Figura 2 – Material de divulgação dos Seminários de Reiki para profissionais do SUS de Florianópolis.....	65
Figura 3 – Categorias, subcategorias e elementos de análise.....	69
Figura 4 – Etapas da análise de conteúdo de Bardin.....	72
Figura 5 – Categorias, subcategorias e elementos de análise (artigo).....	79
Figura 6 – Perfil profissional dos participantes envolvidos no estudo (artigo).....	80
Figura 7 – Prática de Reiki dos participantes da pesquisa (artigo)....	83
Figura 8 – TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (parte 1).....	108
Figura 9 – TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (parte 2).....	109
Figura 10 – Formulário de pré-inscrição dos seminários de Reiki no SUS (parte 1).....	110
Figura 11 – Formulário de pré-inscrição dos seminários de Reiki no SUS (parte 2).....	111
Figura 12 – Autorização Comitê de Ética e Pesquisas da HU/UFSC.....	113
Figura 13 – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisas da SMS/PMF	114
Figura 14 – Parecer substanciado para autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisas da UFSC (parte 1).....	115
Figura 15 – Parecer substanciado para autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisas da UFSC (parte 2).....	1160
Figura 16 – Parecer substanciado para autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisas da UFSC (parte 3).....	117
Figura 17 – Parecer substanciado para autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisas da UFSC (parte 4).....	118
Figura 18 – Parecer substanciado para autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisas da UFSC (parte 5).....	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida Humana
AIRA	American Internacional Reiki Association
APS	Atenção Primária em Saúde
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CdP	Comunidade de Práticas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPIC	Comissão de Práticas Integrativas e Complementares de Florianópolis
DECS	Descritores de Ciências da Saúde
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EUA	United States of America
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HU	Hospital Universitário
MAC	Medicinas Alternativas e Complementares
MP3	Moving Pictures Experts Group audio layer 3
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
NCCIH	Centro Nacional de Saúde Complementar e Integrativa dos EUA
OMS	Organização Mundial da Saúde

PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNEP	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PNH	Política Nacional da Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PUBMED	Public Medline
SB	Síndrome de Burnout
SGA	Síndrome Geral de Adaptação
SRPB	WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TKA	Artroplastia total de joelho
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Justificativa.....	19
1.1.1	Crise da saúde e a emergência de novas práticas terapêuticas	19
1.1.2	Cultura, cuidado e sociedade.....	22
1.1.3	As praticas de cuidado dos profissionais do SUS: a saúde do trabalhador da saúde.....	23
1.2	Referências conceituais e histórico-contextuais.....	27
1.2.1	O Cuidado.....	27
1.2.1.1	A autoatenção.....	29
1.2.1.1.1	O autocuidado.....	30
1.2.1.2	A questão do cuidado nas práticas de atenção a saúde.....	32
1.2.2	Práticas integrativas e complementares e o cuidado	33
1.2.2.1	As PIC como cuidado humanizador.....	35
1.2.2.2	As PIC no SUS.....	36
1.2.3	O Reiki.....	40
1.2.3.1	O Reiki: uma prática integrativa e complementar.....	40
1.2.3.2	Origens do Reiki.....	42
1.2.3.3	Fundamentos do Reiki tradicional.....	42
1.2.3.4	Reiki no Brasil.....	43
1.2.3.5	O Reiki no apoio à gestão dos transtornos psicológicos.....	46
1.2.3.6	Reiki, toque terapêutico e imposição de mãos.....	51
1.2.3.7	Reiki nas práticas de cuidado de profissionais de Saúde.....	54
1.2.3.7.1	Reiki, saúde e espiritualidade.....	54
1.2.3.7.2	O Reiki no SUS.....	59
1.2.3.7.3	O Reiki no Projeto Amanhecer - HU/UFSC.....	60
2	OBJETIVOS.....	62
2.1	Objetivo Geral.....	62
2.2	Objetivos Específicos.....	62
3	MÉTODO.....	63
3.1	Coleta de dados.....	67
3.1.1	Organização dos dados, análise e apresentação dos resultados	68
3.2	Aspectos éticos.....	72
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	74
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
6	REFERÊNCIAS.....	98

APÊNDICES	107
APÊNDICE A: TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	108
APÊNDICE B: FORMULÁRIO DE PRÉ-INSCRIÇÃO PARA OS SEMINÁRIOS DE REIKI NO SUS.....	110
 ANEXOS.....	 112
ANEXO A: AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISAS DA HU/UFSC.....	113
ANEXO B: AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS.....	114
ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO DE AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UFSC/CEPSH.....	115

1 INTRODUÇÃO

Breve apresentação do autor

Tendo anteriormente bacharelado em Ciências Contábeis, por questões de ordem pessoal, motivei-me a buscar uma melhor compreensão da natureza humana, dentro de uma abordagem holística/integral. Desde o ano de 2001 busquei conhecimento em assuntos relacionados à promoção à saúde, bem-estar, espiritualidade e suas interfaces com meio ambiente. Em 2011, tornei-me mestre em Reiki, prática com a qual tive primeira contato em 2001, como usuário. Tenho experimentado, desde então, melhoras de qualidade de vida na saúde física e mental, tanto para mim como para terceiros que pude auxiliar. Também tive formação e experiência em outras práticas integrativas e complementares (PIC), ofertando-as de forma voluntária para conhecidos e familiares. Integrei o quadro de colaboradores voluntários no Projeto Amanhecer HU/UFSC e no Nosso Lar - Centro de Atenção ao Paciente com Câncer, localizados em Florianópolis, oferecendo Reiki e outras PIC aos usuários destes serviços. Iniciei estudos de graduação na área da saúde em 2012, estando hoje vinculado ao curso de graduação em Farmácia da UFSC. Em 2014 tranquei a matrícula por ter sido aprovado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva desta instituição. A motivação principal inicial para a estudar este tema, à época da entrada no mestrado, foi procurar entender porque a oferta do Reiki não havia se tornado ainda uma política pública, não estando este disponível para todos através do SUS, e que meios existiriam para possibilitar tal feito. Apesar de não responder a estas inquietações, este trabalho pretendeu contribuir para a construção de respostas e estratégias correlatas.

A presente pesquisa investigou a experiência da prática de Reiki por profissionais de saúde atuantes do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Florianópolis.

Dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011) estimam que cerca de 70% a 80% da população dos países ocidentais recorrem em alguma circunstância à medicina tradicional e complementar, em alguma das suas vertentes. Em alguns países industrializados, o uso de produtos da medicina tradicional e complementar é igualmente significativa, como o Canadá, França, Alemanha e Itália, onde 70% a 90% de suas populações têm usado esses recursos sob a denominação de complementar, alternativa ou não convencional. A resolução da Assembleia Mundial de Saúde de 2009 recomendou ao Diretor Geral da OMS a construção da “Estratégia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023”, considerando as medicinas alternativas e complementares (MAC) pilar principal da prestação de serviços de saúde, ou seu complemento (WHA62.13).

No Brasil, no Sistema Único de Saúde, as MAC foram designadas como termo PIC - Práticas Integrativas e Complementares. Tais práticas vem se tornando uma opção atraente para muitos usuários do SUS e também do setor privado e informal. Os 10 anos da PNPIC trouxeram avanços significativos para a qualificação do acesso e da resolatividade da Rede de Atenção à Saúde, com mais de 5.000 estabelecimentos que ofertam PICS. O segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) avaliou mais de 30 mil equipes de atenção básica no território nacional e demonstrou a necessidade da inclusão de 14 práticas que já estão presentes nos serviços de saúde em todo o país (BRASIL, 2017).

Muitas dessas PIC têm demonstrado auxílio na promoção e recuperação da saúde, com ênfase no desenvolvimento do vínculo terapêutico, integração do ser humano com a natureza, visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção do cuidado, colaborando como coadjuvante de tratamentos alopáticos (OLIVEIRA, 2013).

Nesta pesquisa, pretendemos investigar a prática do Reiki, uma técnica oriunda do Japão no início do Século XX, recentemente incluída entre as várias práticas classificadas como PIC pelo Ministério da Saúde do Brasil, sendo também reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013). Sua prática geralmente é realizada através de um toque suave ou da imposição de mãos a uma curta distância do corpo da pessoa/receptor, incluindo também a possibilidade de ser realizado à distância, sem haver necessidade da presença física do receptor (pessoa, planta, animal). Os praticantes afirmam serem canais para a transmissão do que eles chamam de “Energia Vital Universal” para as zonas mais necessitadas do receptor contribuindo para que este alcance um estado de equilíbrio/harmonização energética e vibracional, com reflexos positivos nas esferas físicas, mentais e espirituais daquele que o recebe (PETTER, 2013).

O Reiki, em levantamento do Ministério da Saúde brasileiro realizada em 2004, foi considerado a PIC mais utilizada no SUS (BRASIL, 2006), obtendo condição de destaque entre diversas práticas presentes na atenção primária à saúde. Recentemente, em 13 de janeiro de 2017, através da Portaria 145/2017, o Ministério da Saúde publicou no Diário Oficial da União a inclusão do Reiki como uma prática integrativa na “Tabela de Procedimentos” oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na categoria de “ações de promoção e prevenção em saúde”.

Este estudo dedicou-se a investigar a experiência de profissionais de saúde atuantes no SUS do município de Florianópolis que se iniciaram na prática do Reiki. Com isso, pretendemos contribuir para um melhor esclarecimento sobre se e como sua prática vem contribuindo para os

profissionais de saúde no sentido de uma melhor gestão do cuidado pessoal (autocuidado, dos próprios profissionais), de seu bem-estar e qualidade de vida, e também se o Reiki influencia ou é aplicado no cuidado do outro (heterocuidado), usuários do SUS ou outras pessoas.

A pergunta norteadora desta pesquisa foi: *Quais os significados envolvidos, a experiência e quais os benefícios percebidos pelos profissionais de saúde que procuram e participam de uma formação em Reiki e o praticam (em auto e heterocuidado)?*

No próximo tópico abordaremos algumas questões que se fazem necessárias para o melhor entendimento da temática em estudo, buscando também justificar a relevância deste para o debate acadêmico. Iniciaremos contextualizando a questão das PIC, dialogando sobre a crise da saúde e da medicina, discorrendo sobre o cenário de ampliação da oferta dessas práticas. Em seguida introduziremos a questão do “cuidado” relacionando-o primeiramente à cultura e às sociedades, assim como a atual situação das práticas relacionadas aos profissionais do SUS. Em seguida, ainda relacionado ao cuidado, buscamos apresentar algumas de suas dimensões ou concepções teórico - práticas segundo alguns autores, especialmente o autocuidado e autoatenção, usados neste estudo. Na sequência tematizaremos as PIC e sua inserção atual nos serviços de saúde. A seguir, apresentaremos melhor o Reiki, sua origem, fundamentos, evidências científicas sobre ele produzidas, sua relação com a saúde física e mental e como possibilidade de ferramenta para a gestão do estresse. Por fim, apresentamos algumas ideias como potencial subsídio para uma análise do Reiki como um caminho para a educação e manejo da questão da espiritualidade, um tema, por hipótese, envolvido nessa prática.

1.1 Justificativa

1.1.1 Crise da saúde e a emergência de novas práticas terapêuticas

O surgimento ou proeminência das práticas/medicinas alternativas nas sociedades ocidentais, com esta denominação na década de 1970, amplificou e realçou antagonismos existentes na sociedade civil com os saberes hegemônicos em saúde, característicos da época. A crise da saúde e da medicina parecem constituir um conjunto de transformações que podem auxiliar a explicar sócio historicamente os motivos dessa grande procura, nas últimas quatro décadas aproximadamente, de novas práticas terapêuticas não convencionais e outras racionalidades médicas¹.

¹ De acordo com Luz (2007, p. 5): “o termo Racionalidade Médica pode ser entendido como uma categoria analítica operacional ao estilo de um tipo ideal weberiano, que estabelece que toda racionalidade médica supõe um sistema complexo, simbólico e empiricamente estruturado em seis dimensões

De acordo com Souza e Luz (2009), para entendermos melhor esta crise precisamos partir do pressuposto de que os motivos da expansão das PIC na sociedade atual não podem ser reduzidos a questões de (in)satisfação ou (in)eficiência com relação à medicina ocidental contemporânea ou aos sistemas públicos de saúde, apesar de haver uma inegável influência destas neste processo. Afirmam os autores que a procura pelas PIC antes se fundamenta em escolhas culturais e terapêuticas que apontam para transformações nas representações de saúde, doença, tratamento e cura presentes no processo de transformação da cultura.

Ainda segundo Souza e Luz(2009), a “crise da saúde” refere-se a um processo de transformação que tem conduzido a perda de valores humanos milenares nos planos da ética, da política, da convivência social e mesmo da sexualidade, em proveito da valorização do individualismo, do consumismo, da busca do poder sobre o outro, visto como adversário, e do prazer imediato a qualquer preço como fontes privilegiadas de consideração e *status* social. Apontam ainda um segundo aspecto da crise da saúde, que refere-se a uma síndrome social coletiva denominada “pequena epidemiologia do mal-estar”, sendo esta baseada numa enquete sócio-demográfica realizada na França na primeira metade da década de 1990, que apontou a presença de um mal-estar difuso em grande parte da população urbana trabalhadora, desempregada ou aposentada. Síndrome caracterizada por dores imprecisas, depressão, ansiedade, pânico, males de coluna vertebral etc.

Por último, um terceiro aspecto refere-se também a problemas de natureza sanitária, sendo a primeira face do conjunto de eventos envolvendo a vida coletiva e cuja causa se relaciona a questões socioeconômicas decorrentes da evolução recente do capitalismo, que, aliado ao processo da globalização, acabou por agravar por ainda mais as desigualdades sociais nos países que não pertencem ao núcleo do sistema econômico.

fundamentais: uma cosmologia, uma doutrina médica, uma morfologia, uma fisiologia ou dinâmica vital humana, um sistema de diagnósticos e um sistema de intervenções terapêuticas. Todo sistema médico complexo é, portanto, uma racionalidade médica desde que contenha essas seis dimensões suficientemente elaboradas, estruturadas e articuladas. Ligado ao conceito de tipo ideal de Max Weber, o termo “Racionalidade(s) Médica(s)” vem sendo útil para a compreensão e aceitação da existência de múltiplos sistemas complexos de atendimento à saúde no mundo. Esta categoria analítica foi construída pela Profa. Madel Therezinha Luz para pesquisas comparativas entre sistemas de cuidado e cura complexos, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 1992. Seu trabalho influenciou o Ministério da Saúde brasileiro na concepção e implementação da PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, que abordaremos adiante.

Sobre a “crise da medicina”, apontam inicialmente o “plano deontológico” relacionado a questões entre profissionais médicos e cidadãos, sobretudo no que concerne a qualidade da prestação de serviços públicos, caracterizada muitas vezes por relações de insatisfação de quem recebe e também oferta os serviços. Também nesse plano deontológico, há conflitos na “questão da ética profissional” com as disputas de médicos com outras categorias profissionais da área de atenção à saúde (relações médicos/terapeutas, ou médicos e outras profissões regulamentadas como fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.), chegando atualmente a um nível de grave competição, perceptível nos serviços públicos de saúde (SOUZA e LUZ, 2009).

Sobre estes conflitos deontológicos e mercadológicos entre as profissões da saúde, lembramos aqui os recentes embates jurídicos sobre a aprovação no Brasil da lei número 12.842, que regulamentou a atividade médica no país. Também conhecida como Lei do Ato Médico, o projeto tramitou quase 11 anos no Congresso Nacional. O texto, que sofreu veto parcial do governo federal, preservou o atendimento multidisciplinar nos serviços públicos e privados de saúde, assegurando as atribuições específicas dos médicos (BRASIL, 2015).

Vale lembrar as disputas internas inerentes a própria profissão médica, que ocorreram entre, por exemplo, a validação de políticas públicas que incentivem a vinda de médicos de outras nacionalidades, como no caso do “Programa Mais Médicos” do Governo Federal, que incentiva a vinda de médicos cubanos para suprirem a carência de profissionais em determinados segmentos e regiões desfavorecidas, devido (principalmente) a falta de interesse dos profissionais brasileiros em atuarem em determinadas regiões e para atender “determinados públicos e em determinadas condições”. Em geral, o programa tem obtido boa aprovação dos usuários, porém, anunciando paralelamente um grande descontentamento da classe médica brasileira (BRITO, 2015).

Sobre a contribuição do “plano corporativo” da profissão médica para o agravamento da crise da medicina, destaca-se principalmente a questão do modelo pedagógico, com destaque para as diretrizes da educação médica relacionada ao tipo de profissional formado, e evidencia-se perda progressiva em sua capacidade de elaboração e solução dos problemas de saúde de grande parte da população, sobretudo nos países com grandes desigualdades sociais (SOUZA e LUZ, 2009).

Estas transformações culturais parecem ter contribuído para a aceitação e integração parcial de outras cosmologias e visões da realidade, usualmente orientais (inclui-se aqui o Reiki), que valorizam a integração de homem, natureza e sociedade, valorizando o aspecto espiritual da

condição humana e constituindo um importante aspecto para a emergência das novas práticas terapêuticas.

Racionalidades médicas-como a homeopatia e a medicina tradicional chinesa comportam um saber/prática facilitador da integralidade nos seus círculos esotéricos e seu desafio, além de sua presença incipiente no SUS, é levarem ao mundo de suas práticas a integralidade de seus círculos esotéricos originais (TESSER e LUZ, 2007). Parecem também evidenciar e induzir transformações nas representações de saúde, doença, tratamento e cura, presentes na cultura, criando outras que frequentemente valorizam o sujeito e sua relação com o terapeuta como elemento fundamental da terapêutica, bem como o uso de pouca tecnologia fria (aparelhos), em contraposição às deficiências na relação médico/paciente características da terapêutica na biomedicina, acentuadas pela interposição tecnológica.

1.1.2 Cultura, cuidado e sociedade

Entendemos, assim como Oliveira (2008), que a possibilidade de compreender melhor a experiência do adoecer é uma das facetas indispensáveis do que pode ser considerado o maior desafio em saúde no Brasil hoje: um processo de construção/implementação da prática da integralidade em saúde que considere as necessidades das populações. Em parte, isso deve ocorrer através de um cuidado profissional no SUS condizente com as demandas das realidades socioculturais daqueles que se servem dele. Por esse prisma, confluem as expectativas dos profissionais (desde a sua formação) sobre o modo como os serviços de saúde estão ou devem estar organizados para solucionar problemas específicos e atender às expectativas dos usuários, que, continuamente, avaliam e ressignificam as diferentes respostas por eles buscadas em suas práticas de saúde (OLIVEIRA, 2008).

Tendo em vista que as práticas cotidianas dos pacientes se pautam em pluralidades terapêuticas, conforme Menendez (1998), deve-se propor uma reformulação do campo de saber em relação ao que este denominou de uma “epidemiologia sociocultural”, com a incorporação, nas rotinas dos sistemas biomédicos, das formas de autoatenção, uma vez que tal interação existe independentemente da vontade e/ou aceitação dos agentes do cuidado biomédico.

Para Oliveira (2008, p. 7):

“...os desafios e mesmo os limites desse trabalho vão desde a definição de matrizes de conhecimento na implementação de reformas curriculares na área de saúde até o processo de reorganização dos

serviços de saúde. Questões estas altamente complexas justamente porque se pressupõe mudanças no ensino e na forma de organização das práticas de saúde local que levem em conta os modelos de cuidados empreendidos nos itinerários terapêuticos, visando garantir a integralidade do cuidado[...]"

Muito embora as práticas sanitárias sejam pautadas pela epidemiologia, elas também comportam outras nuances como relações econômicas, políticas, éticas, educativo-comunicativas e étnicas, congregando diferentes visões de mundo dos profissionais, entre si, e destes com seus pacientes, envolvendo o exercício de micropoderes em contextos de desigualdades sociais (GARNELO; LANGDON, 2005).

Garnelo e Langdon (2005) entendem que a organização da atenção básica exige a interlocução com temáticas como participação comunitária, controle social, saberes populares e/ou tradicionais sobre saúde e doença, redes sociais, grupos de autoajuda, abordagem de patologias crônico-degenerativas, envelhecimento, adolescência, dependência química, violência, relações de gênero e educação para a saúde, fazendo-se necessário o entendimento dos sentidos atribuídos, pelos sujeitos, aos eventos patológicos, às políticas públicas e aos serviços de saúde que lhes são acessíveis.

A importância de práticas profissionais que fujam à lógica do modelo médico hegemônico é essencial ao considerar-se a diversidade do ser. Outras racionalidades, muitas vezes, conseguem estabelecer vínculos mais próximos com os indivíduos, contribuindo com sua busca terapêutica (LUZ, 2008). A oferta dessas propostas no SUS vem sendo cada vez mais valorizada e difundida, o que afirma a importância dessas outras práticas no campo da saúde, incluindo as PIC, como o Reiki.

No entanto, e rotineiramente, os profissionais da saúde não estão habilitados para reconhecer e analisar os processos socioculturais subjacentes aos modos de vida de sua clientela, e nem para neles intervir. Alguns deles podem ser capazes de reconhecer uma influência dos aspectos culturais e sociais sobre os agravos que são chamados a resolver, mas raramente desenvolvem habilidades de transformar essa percepção genérica em estratégias operativas de apoio à intervenção social (MENENDEZ, 2003).

1.1.3 As práticas de cuidado dos profissionais do SUS: a saúde do trabalhador da saúde

Tendo em vista que profissionais/trabalhadores do SUS praticantes de Reiki (há pouco tempo) serão os participantes desta pesquisa, torna-se importante inicialmente compreendermos algumas questões relacionadas a “saúde do trabalhador da saúde”.

As questões relacionadas à saúde e segurança do trabalhador, de acordo com dados fornecidos pelo Governo Federal, obtiveram caráter legal apenas no ano de 2011 com a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST), através do seu Decreto 7.602, que visa, entre outras ações, a proteção e a promoção da saúde através de princípios como a universalidade, o diálogo e a integralidade na articulação entre Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Saúde e Ministério da Previdência Social, compreendendo as mais diversas situações e demandas do trabalhador brasileiro. (BRASIL, 2011) No entanto, no ano de 2012 foi lançada, em complementaridade à PNSST, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria 1.823), com alguns temas aprofundados. Destacamos muitos pontos em comum com o SUS, como a valorização do Controle Social com a participação dos trabalhadores, a demanda territorial, a questão do matriciamento da saúde do trabalhador nas estratégias, a atenção integral (evitando hierarquizações nos serviços e entre gestão/serviço), a interdisciplinaridade e o reconhecimento da importância das ações em rede (BRASIL, 2012).

Esta política chega em tempos onde os desafios referidos ao tema mostram-se grandiosos e em crescente escala, considerando para isso a relação existente entre o capital, o trabalho e a globalização, sendo frequente, por isso, que todos trabalhadores se deparem com fatores que contribuem para seu adoecimento. Entre eles há destaque para a precarização, flexibilização, trabalho parcial, polivalência de funções, redução dos postos de trabalho, aceleração no ritmo da produção e das ações, somado ao desemprego estrutural, à implementação de novas tecnologias, com salários em declínio e/ou instáveis (DA SILVA, 2014).

Luz (2012) acrescenta o risco da perda do emprego para muitos trabalhadores, mostrando que este gera sofrimentos que ultrapassam o nível psíquico (como ansiedade, angústia e depressão) e produzem uma vulnerabilidade. Uma outra questão cotidiana do trabalho é a substituição de uma jornada de trabalho para uma nova lógica de relação trabalhista, baseada no cumprimento de metas.

Com relação a “saúde do trabalhador da saúde”, percebemos que diversas são as questões que norteiam o dia a dia destes sujeitos. Insegurança quanto à manutenção do emprego, diferenças hierárquicas entre equipes, biossegurança, falta de tempo, remuneração baixa, excesso de usuários, são algumas das ilustrações possíveis para explicar o tema. Isso revela que as questões que podem interferir na saúde de um

trabalhador compreendem aspectos psicológicos, morais e físicos (DA SILVA, 2014). No campo do trabalho em saúde existem muitas variabilidades e estas demonstram-se com muita visibilidade. Isso é importante na medida que entre os trabalhadores observamos as diferenças entre as profissões, entre os locais de trabalho (trabalhar em uma unidade de saúde é diferente do trabalho no hospital), entre as localidades em que se situam (hospital em Florianópolis/SC ou em Xanxerê/SC, na periferia ou numa área nobre).

Também não é incomum o alto nível de estresse e situações desafiadoras enfrentadas pelos profissionais de saúde que trabalham na assistência direta ou indireta aos usuários do SUS. O cotidiano destes sujeitos costuma ser bem atarefado e norteador por diversas responsabilidades, realidade esta que se consuma desde o início da carreira profissional.

Neste setor profissional, não raramente os trabalhadores privam-se do lazer e da companhia dos entes queridos e amigos, visando o atingimento das metas ligadas a profissão. Frequentemente, sobretudo no ambiente hospitalar, exercem suas funções em diversos locais com carga horária excessiva, expostos a condições insalubre e precárias nos locais de trabalho, levando-os, muitas vezes, a desenvolver diversas condições de desequilíbrio físico, psicológico e não menos de caráter espiritual. Assim, em determinada ocasião esses indivíduos pedem ou necessitam de cuidados, e muito comumente estes pedidos de socorro surgem em forma de desequilíbrios e sintomas diversos ou naquilo que convencionou-se chamar de “doenças”.

Fica assim evidente que a natureza do trabalho no setor saúde resulta rotineiramente em lidar com situações de dor e sofrimento, e até mesmo com as mortes de pacientes, o que poderia afetar aqueles que trabalham principalmente em hospitais, resultando muitas vezes, por exemplo, no acometimento destes profissionais por moléstias laborais como a Síndrome de Burnout (SB).

De acordo com dados informados pela Associação Paulista de Medicina (2015), sobre uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina no ano de 2009 com 7.700 médicos em todo o país, foram revelados que 57% deles apresentavam sintomatologia atribuível à “Síndrome de Burnout (SB)” sendo que entre os intensivistas essa prevalência sobe para 63%.

Dal-Farra e Geremia (2010) apresenta-nos que cada vez mais são frequentes os diagnósticos da “Síndrome de Burnout e da Compassion Fatigue” no meio médico. A primeira sendo caracterizada por perda da capacidade de trabalho, exaustão emocional e física, interferência no sono, despersonalização (afastamento emocional do seu trabalho e do paciente).

A segunda referindo-se à "fadiga de servir" que caracteriza-se por transtornos do sono, evitação de situações clínicas, rompantes de ira e irritabilidade. Para os autores (p. 6):

"A própria formação médica e suas demandas emocionais e intelectuais estão associadas a essas condições, e são poucas – e muitas vezes ineficazes – as ferramentas utilizadas no âmbito acadêmico e de residência médica para sua prevenção, diagnóstico e tratamento precoce."

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2001), a SB predomina sobre os profissionais da saúde como: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, dentistas e fisioterapeutas, além de professores, policiais, bombeiros e demais profissões que são sujeitas ao contato diário com o público e que têm grande carga emocional. De acordo com o Ministério da Previdência Social, em 2007 foram afastados do trabalho 4,2 milhões de indivíduos, sendo que em 3.852 foram diagnosticados Síndrome de Burnout (GONÇALVES, 2008).

Ainda sobre a SB, Franca, et al. (2012) avaliam sua relação com os diferentes aspectos relacionados ao trabalho, caracterizando esta moléstia como uma síndrome em que o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, o que significa que as coisas já não são importantes. Este é um conceito complexo que envolve três componentes principais, que podem aparecer associados: exaustão emocional; despersonalização e baixa realização pessoal no trabalho.

De acordo com Luz (2008), um dos destaques do adoecimento é o estresse contínuo que, fortalecido por um ambiente competitivo, torna o local de trabalho um lugar hostil à vida no sentido social, individual e na totalidade biológica e psíquica. Vive-se grande parte da vida num espaço que muitas vezes é prejudicial à saúde. Essa interiorização, para o mundo das relações socioculturais, de valores originados na racionalidade de mercado, ancora-se segundo a autora em:

"...competição, vista como lei social; sucesso visto como vitória pessoal (com conseqüente exclusão ou dominação do outro); individualismo, visto como condição mesma do sucesso (sujeito individual concebido como centro da vida social, em contínua luta com outros indivíduos); lucro, categoria do mundo econômico, invadindo a esfera de valores através de seu correspondente social, vantagem (os

indivíduos sentindo-se no direito ou no dever de terem vantagem sobre outros); consumismo, visto como sinal demonstrativo de sucesso (ter, ou mesmo aparentar ter, como expressão máxima do ser)...”. (LUZ, 2008, pag.12)

Então, essa interiorização que se encontra no cotidiano do campo da saúde retarda os avanços do SUS, além de afetar diretamente os modos de atuação dos profissionais que, capturados por essa lógica, vão perdendo as possibilidades de explorar suas capacidades criativas e autônomas. O individualismo e uma necessidade competitiva acabam limitando ações de equipe, de pensamento coletivo e de uma construção conjunta de objetivos (DA SILVA, 2014).

Pasche, Passos e Hennington (2011) apontam que a tradição da gestão do trabalho transformou o trabalhado isolando-o, precarizando não só o trabalho em saúde, mas a saúde dos usuários e as possibilidades de agir em saúde. Entendem que para cuidar da saúde dos trabalhadores da saúde é necessário melhorar as condições de trabalho (remuneração, vínculos, acesso às tecnologias de cuidado que melhorem a produção de saúde) e distensionar as relações de poder nos ambientes de trabalho, pois, é provável que diversos problemas de saúde (uso abusivo de drogas, acidente de trabalho, depressão, etc.) estejam associados à gestão e à organização do trabalho.

1.2 Referências conceituais e histórico-contextuais

1.2.1 O Cuidado

O termo “cuidado” e suas vertentes (cuidado do outro, cuidador, autocuidado, cuidado de si) aparece como umas das expressões mais destacadas nos discursos, nas práticas e nas políticas existentes no campo da saúde. Observando isso, talvez seja possível colocá-lo como um conceito-sintoma, visto que, muitas vezes, seu caráter é reflexivo e mutável de acordo com os encontros dos sujeitos. Isso não é novidade no campo da saúde (e em diversas áreas), pois alguns conceitos são rapidamente restringidos a um modo de pensar (DA SILVA, 2014).

O ato de cuidar não é originário da nossa sociedade contemporânea, uma vez que sua prática se dava nas sociedades antigas, marcada, principalmente, pela atividade feminina. Na Grécia, a gestão do cuidado feito pelas mulheres era marcado pelas atividades como cuidadoras dos filhos e dos escravos doentes (PINHEIRO, 2009). Com o passar do tempo, o cuidado se desvinculou tanto da lógica matriarcal inicial quanto dos terapeutas de Alexandria (que possuía um viés

religioso, ou no mínimo, associado ao misticismo). O cuidado se desenvolveu agregando novas concepções, porém outras tantas que poderiam ter importância foram perdendo-se. Acabou aproximando-se muito das profissões da saúde, em destaque a enfermagem, possuindo, inclusive, semelhanças etimológicas, e tornou-se fundamental para construir propostas terapêuticas que caminham na direção de um modelo de saúde ampliado, compreendendo as questões singulares dos sujeitos às contemporaneidades do coletivo (DA SILVA, 2014).

Encontramos em Merhy (2004, p. 8) um breve pensamento sobre a relação do cuidado com o profissional de saúde:

“..todo o profissional de saúde, independentemente do papel que desempenhe como produtor de atos de saúde é sempre operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e, como tal, deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das Tecnologias Leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos; e, sempre sendo um operador do cuidado, ao mesmo tempo em que um administrador das relações com os vários núcleos de saberes profissionais que atuam nessa intervenção, ocupando um papel de mediador na gestão dos processos multiprofissionais e disciplinares que permitem agir como um agente institucional que tenha que ter poder burocrático e administrativo na organização.”

Merhy destaca ainda a possibilidade de pensar nos ganhos de autonomia do usuário ao realizar uma proposta mais aberta pautada no diálogo, na corresponsabilização e no entendimento das especificidades daquela pessoa. Os modelos vigentes, sustentados em procedimentos apenas, não conseguem focar-se no usuário e, em consequência, limitam a produção do cuidado. O autor apresenta a questão da “caixa de ferramentas” como sendo um dos componentes que o trabalhador usa na sua atuação profissional de cuidador. Enfatiza que quanto maior a caixa, maiores serão as possibilidades de compreender e enfrentar o problema de saúde, ou seja, mais é privilegiado o trabalho vivo em ato. Aqui consideramos importante a inserção das PIC, incluídas como componentes importantes dessa “caixa de ferramentas”, que empodera os sujeitos na medida que amplia o horizonte de recursos para lidar com as questões que envolvem a vida cotidiana. Assim pensamos que esta caixa de ferramentas não dispõe apenas das possibilidades das profissões da saúde, ela amplia-

se de tal forma que outras áreas têm inúmeras possibilidades de contribuição (MERHY, 2004).

Nesse sentido, a seguir abordaremos formas e conceituações de cuidado dentro do contexto da saúde que nos orientaram na discussão dos nossos achados de pesquisa, estendendo a perspectiva ético-pragmática da caixa de ferramentas às dimensões conceituais associada aos cuidados e alguns de seus tipos ou significados, formas de realização e agentes, contextualizando neles e no SUS as PIC e depois especificamente o Reiki, nosso tema de estudo.

1.2.1.1 A autoatenção

No campo da saúde o conceito de “autoatenção” está vinculado principalmente às propostas do antropólogo argentino Eduardo Menendez (2003) para uma “epidemiologia sócio-cultural”, que busca recuperar os significados e as práticas que os conjuntos sociais atribuem a seus padecimentos, problemas de saúde e sentimentos. Na perspectiva de Menendez o termo padecimento é entendido como:

“...extensa variedade que vai desde dores episódicas de cabeça, dores musculares leves, temperaturas ligeiramente elevadas, resfriados ou ardências transitórias passando por dores da alma, estado de tristeza, ansiedade, ou pesares momentâneos”. Estas dores podem ser provenientes de golpes, acidentes ou pelas relações pessoais, pois enquanto sujeitos estamos suscetíveis a experimentar no decorrer de cada dia estes padeceres.” (MENENDEZ, 2009, p. 54).

Segundo Menendez (2003, p.14), a autoatenção consiste em:

“...representações e práticas que a população usa no sujeito e no grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, resolver ou prevenir processos que afetem sua saúde em termos reais ou imaginários, sem intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, mesmo que estes possam ser a referência da atividade de autocuidado; de tal forma que a autoatenção implica decidir a auto-prescrição e o uso de um tratamento de forma autônoma ou relativamente autônoma(tradução realizada pelo próprio autor)”.

Para o autor, as oposições entre biomedicina e outras formas de cura ocorrem mais no plano das representações do que no das práticas. A oposição excludente recobriria as intenções hegemônicas dos profissionais da saúde que buscam garantir o monopólio do exercício dos cuidados de saúde, mas não encontra correspondência nas práticas cotidianas dos pacientes que costumam lançar mão de pluralidades terapêuticas.

A existência de múltiplos sistemas terapêuticos gera a necessidade de conhecer suas formas de organização e as redes sociais que os sustentam, tornando-se necessário promover uma articulação dos serviços de atenção básica com as formas de autoatenção. Uma vez que essa interação efetivamente existe e se processa independentemente da vontade e/ou aceitação do modelo médico. Para participar de forma produtiva dessa articulação, os profissionais da saúde deveriam ser capazes de descrever e analisar os modos de existência das pessoas que atendem, reconhecendo as diversas formas de autoatenção praticadas na área de abrangência de seus serviços onde disputam legitimidade com outros prestadores de cuidados, formais e informais, de saúde (Garnelo e Langdon, 2005).

Para Menendez (2003) existem dois níveis de autoatenção: um mais amplo, ligado aos “processos de reprodução biossocial” do grupo que o gerou e que remete à própria cultura por ele produzida, incluindo-se aí os recursos corporais e ambientais, a dietética, normas de higiene pessoal e coletiva etc. O segundo nível, mais restrito, e no qual nos deteremos nesta pesquisa, refere-se principalmente às estratégias, científicas e não científicas, de representação de doença e práticas de cura e cuidados.

Segundo Garnelo e Langdon (2003), estudos e teorias vem enfocando especificamente os sistemas médicos e as práticas de saúde pertencentes ao nível mais nucleares da autoatenção, ou seja, o estudo das representações e práticas relacionadas ao processo saúde-doença-atenção no sentido restrito. Segundo as autoras estas pesquisas são importantes e vêm dedicando-se à descrição dos sistemas médicos nativos. Também vêm buscando entender como estes grupos diagnosticam, explicam e tratam as doenças.

1.2.1.1.1 O autocuidado

Uma noção muito corrente no mundo profissional da saúde e que articula-se com a autoatenção é a de autocuidado. De regra, o autocuidado, embora não explicitamente, costuma estar associado com um contexto individual de cuidar-se tendo como referências principais os saberes científicos biomédicos ou orientação profissional biomédica

(mesmo que já incorporado pela cultura dos grupos sociais), sendo comum o uso do termo para um escopo de procedimentos alinhados com o saber clínico epidemiológico das profissões da saúde, sendo, portanto, menos amplo do que a autoatenção, anteriormente abordada (GARNELO; LANGDON, 2005; MENENDEZ, 2003).

O autocuidado, segundo Silva (2014), aparece na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, sendo discutido a partir do conceito de Promoção da Saúde. Aparece muito utilizado como um meio de valorizar a autonomia dos sujeitos em termos políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. O autor destaca a década de 1970, a partir da qual houve tentativa de diminuir a responsabilidade do Estado sobre a população, reduzindo custos, aliando-se às lógicas neoliberais. Com isso o autocuidado e os riscos que corremos, aparecem, muitas vezes, como ideias muito próximas, nas quais se destacam a responsabilização do indivíduo e a sua culpabilização, desrespeitando as singularidades e os modos de viver. Nesse sentido, o autocuidado aparece muito mais com um caráter “auto-vigilante”.

Do ponto de vista teórico, o conceito de autocuidado foi especialmente desenvolvido para estabelecer um sistema que pudesse organizar as práticas de saúde, com destaque para o campo da enfermagem na sua especificidade. Esta marca na origem também responde a forma de construção dessas noções e do modo como elas estão atreladas a duas expressões que respondem a duas concepções de sujeito, e do modo pelo qual se relacionam com a saúde e a doença, e com a liberdade. Suscitam desta forma algumas consequências filosóficas e também políticas presentes neste conceito, mesmo que sem tanta evidência, respondendo assim a uma outra lógica, diferente daquelas que abordaremos mais a frente neste estudo.

Os estudos sobre o autocuidado, de acordo com Silva (2014), são mais voltados justamente para essa inserção dentro das propostas de cuidado, visando a autonomia do sujeito. Pretende aparecer como um dos aspectos do viver saudável buscando a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar. As ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu “próprio benefício” com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essas ações são voluntárias e intencionais, envolvem a tomada de decisões, e têm o propósito de contribuir de forma específica para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano. Constituem a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado. Essas ações afetadas por

fatores básicos, tais como idade, sexo, estado de desenvolvimento e de saúde; fatores do sistema de atendimento à saúde – modalidades de diagnóstico e de tratamento; fatores familiares, padrões da vida, como por exemplo, engajamento regular em atividades, fatores ambientais, adequação e disponibilidade de recursos (BUB *et al.*, 2006).

1.2.1.2 A questão do cuidado nas práticas de atenção a saúde

Em nosso entendimento todas as formas de cuidado mencionadas anteriormente: o “cuidar do outro”, “autocuidado”, e “autoatenção” inserem-se dentro do contexto atual das práticas de saúde, profissionais (cuidado do outro) e pessoais ou autônomas, haja vista que contribuem para a recuperação ou ampliação da saúde, desde aquele cuidado do outro intensivo e institucionalizado, quando necessário, até aquele que reforça a autonomia dos usuários, dando abertura às singularidades e às necessidades dos sujeitos, ampliando sua liberdade e facilitando que tornem-se parte essencial do processo de cuidar.

Contudo, grande parte dos discursos da atualidade no campo da saúde frequentemente vem debatendo e defendendo propostas de auto-vigilância, como nos programas de prevenção ao HIV/AIDS e de controle da diabetes e hipertensão arterial. Destarte, o trabalho em saúde cada vez mais exige dos profissionais a capacidade de lidar com as singularidades individuais dos sujeitos e suas formas de cuidado pessoal (autocuidado, autoatenção).

Questões que envolvem “norma e disciplina” no mundo contemporâneo (baseadas na moralidade cristã) foram bem discutidas e refletidas por Foucault (2004) em sua obra “Vigiar e punir”, em que o autor admite que estas não permitem a relação do indivíduo consigo mesmo e, apesar disso, o indivíduo acredita ter uma identidade própria, que é, no entanto, normatizada e regrada de diversas formas. Destaca que essa moralização serve mais como mantenedor da relação de dependência, baseando-se, além disso, na renúncia de si para atingir a salvação, priorizando exclusivamente o outro (e o cuidado do outro). Há, portanto, uma permanente ambivalência e tensão entre os sentidos e direções possíveis resultantes das práticas de cuidado do outro e de si mesmo, empurrando ora mais para a autonomia e o cuidado de si, ora mais para o autocuidado referenciado em normas e saberes profissionais e ou valores sociais hegemônicos, biopoliticamente determinados.

Segundo Tesser (2010), é importante refletir que os profissionais de saúde têm capacidade significativa de influenciar as representações sociais da população atendida e que partilhar ideias menos obsessivamente responsabilizadoras e individualistas poderia de certa

forma contribuir para evitar culpabilizações excessivas, o que parece ser um limitador restritivo da autonomia.

1.2.2 Práticas integrativas e complementares e o cuidado

A crescente expansão das PIC tem chamado a atenção de diversos atores sociais, ganhando espaço progressivamente em grupos civis, instituições e serviços públicos de saúde. Antes de iniciarmos nossa explanação sobre a inserção das PIC no SUS, faz-se importante abordarmos o contexto em que estas emergiram, bem como a sua base própria paradigmática. Para Souza e Luz (2009), na década de 70, no movimento da “contracultura”, o individualismo como valor hegemônico teria alcançado níveis altos, a ponto de ameaçar a integridade do próprio ‘tecido’ social, o que torna compreensível a busca por valores capazes de minorar os efeitos negativos dessa tendência. Naquele momento, uma juventude revolucionária partia em busca de novas soluções terapêuticas, utilizando tais práticas não apenas como terapias, mas como símbolos de uma ‘revolução cultural’. Uma parte dessa ‘estratégia revolucionária’ foi a importação de sistemas exógenos de crença e orientações filosóficas, geralmente orientais, que serviram de fundamento para a construção de um corpo ideológico e de orientações práticas. Nesse contexto, os usuários das então chamadas terapias alternativas estavam à procura de práticas congruentes com essas orientações, que pudessem afirmar e materializar sua ideologia numa práxis (SOUZA e LUZ, 2009).

Também emerge a partir desse período a questão da “orientalização do ocidente” pelo fato de o ocidente ter aderido ao consumo de produtos como alimentos, temperos, vestuários ou mesmo a práticas como yoga, meditação ou medicina chinesa. Souza e Luz (2009) e Caes (2009) entendem que por “orientalização” pode-se englobar fatores profundos de transformação cultural no ocidente, cuja explicação envolve a noção de teodiceia e suas mudanças, utilizada por Joseph Campbell (1904 -1987). O desenvolvimento das PIC nas sociedades contemporâneas estaria relacionada com a orientalização como importante fato relacionado a essa emergência. Luz e Souza (2009) relacionam essa viagem ao oriente realizada por grupos diversos e terapeutas alternativos a uma característica de nossa sociedade que influenciou positivamente o surgimento das PIC: o individualismo ou, de outro ângulo, a falta do holismo.

O termo “holismo” nos dias atuais é utilizado em diversos campos do conhecimento. O “paradigma holístico” tornou-se presente nas esferas de discussão que envolvem a emergência das PIC bem como na “práxis” de quem a defende. A contracultura aparece como um desses momentos em que o holismo se fez necessário, tendo sua recuperação se manifestado

em diversos movimentos sociais: no movimento ecológico-ambientalista, aparece como reinserção do homem na ordem da natureza; no movimento feminista, como processo de revalorização do feminino através de parâmetros não ditados pelo masculino e na saúde, pela busca de formas alternativas de terapias, fundamentadas em valores e concepções holístico-integrativas (SOUZA e LUZ, 2009).

Souza e Luz (2009, p. 395) apresentam 3 tipos de holismo que precisam ser diferenciados:

“O Primeiro termo: Um deles *caracteriza-se por abordar a construção do conhecimento de forma transdisciplinar* e encontra expressão na obra de Bateson (1986), Maturana e Varela (1997) e Morin (2001), entre outros autores. Essa área de teorização influencia diretamente as atuais transformações nos paradigmas científicos de diversas disciplinas, sendo mais comumente conhecida como ciência da complexidade. Nela, dependendo do autor, os termos holístico, complexo, sistêmico, e transdisciplinar parecem ser utilizados de forma intercambiável, com sentidos semelhantes. Esse holismo, presente na ciência da complexidade, não constitui nosso objeto de estudo. O segundo sentido do termo refere-se ao *holismo nativo, presente nos sentidos associados à práxis do grupo de terapeutas alternativos*. Para eles, o holismo é um conjunto de valores aplicados à terapêutica que atravessa as dimensões da racionalidade médica em que se insere sua prática. O terceiro: *o holismo como categoria disciplinar da antropologia*, elaborada por Dumont (1985), que caracteriza no âmbito macrosocial conflitos de valores análogos aos presentes no campo da saúde. O autor desenvolve a noção pela comparação entre as sociedades modernas e as não modernas, distinguindo estas daquelas pela centralidade do valor do homem enquanto indivíduo. [neste último sentido] o holismo seria uma ideologia que valoriza a totalidade social e negligência o indivíduo humano ou o subordina a essa totalidade.”

Assim, os valores holísticos já estavam presentes de forma não hegemônica nas sociedades ocidentais antes da contracultura como resposta compensatória a um elevado grau de individualismo, em que os

elementos contra-hegemônicos ocidentais teriam sido fortalecidos pela integração das visões de mundo exógenas, caracterizando o ambiente contracultural.

Segundo Souza e Luz (2009), as opções e procuras por PIC fundamentam-se, além das crises da biomedicina, também em escolhas culturais e terapêuticas que apontam para transformações nas representações de saúde, doença, tratamento e cura presentes no processo dinâmica da cultura contemporânea.

Entendemos que de acordo com os tipos de holismo apresentados por Souza e Luz (2009) que PIC como o Reiki orientam-se através de um holismo do tipo “nativo” associados à práxis do grupo de terapeutas alternativos. Além disso, essas PIC identificam-se também pela procura da construção do conhecimento de forma transdisciplinar.

1.2.2.1 As PIC como cuidado humanizador

Em nosso entender, as PIC ou parte delas têm o potencial de facilitar atuações emancipadoras e também de contribuir para a realização de um cuidado humanizador, através da sua utilização como recurso terapêutico ou promocional (em si e no outro), induzida pela diversidade de suas técnicas e saberes, além de seus valores e concepções. A prática do Reiki, nosso interesse específico nesta pesquisa, é uma PIC, por nossa hipótese, incluída nessas potencialidades.

Nesse sentido, cabe destacar que no âmbito do SUS a questão da humanização foi objeto de uma política própria, a PNH, que tem buscado de maneira “horizontal” permear as políticas e praticas institucionais. Esta política traz subsídios para nossa discussão posterior sobre as PIC e o Reiki e também propõe um olhar do SUS nos seus diversos espaços, visto que dela pautam-se muitas propostas atuais dos modos de agir profissional em saúde.

De acordo com Oliveira (2013), a humanização da assistência à saúde no Brasil é uma demanda atual e crescente, emergindo como uma realidade em que os usuários dos serviços queixam-se dos maus tratos de que são não raramente vítimas. Paralelo a isto, a imprensa vem denunciando aspectos negativos dos atendimentos prestados à população, com comprovada veracidade dos fatos por meio inclusive de publicações científicas.

Em 2003 foi criada a PNH, com propósitos de contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização; fortalecer iniciativas de humanização existentes; desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção; aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e

metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão; implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas (BRASIL, 2014). Essas intenções demonstram a valorização discursiva da atuação do trabalhador da saúde, além de reconhecerem a importância de um espaço mais adequado à produção de saúde. Dessa forma, a PNH pretende contribuir e/ou reiterar os princípios da reforma sanitária, incorporando, às ideias já propostas, meios de problematizar os modos de se fazer presente nas práticas de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores e equipes no cotidiano. Destaca-se também o valor das relações e a compreensão de que existe uma interdependência entre os sujeitos, que devem ser incluídos nos processos que envolvem a saúde, práticas de atenção à saúde, corresponsabilização no seu cuidado próprio ou dos outros (PASCHE, PASSOS e HENNINGTON, 2011).

Devemos ainda destacar a importância desta política, que afirma ideais do SUS construídos no final de 1980 e que contribuem para a sustentação do sistema, na medida em que se reforça a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, contribui para a resituação de trabalhadores da rede de serviços e usuários lado a lado na construção, continuação e desenvolvimento do SUS, e contribui para uma visão ampliada de saúde em relação a multiplicidade de determinantes da saúde e à complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde (DA SILVA, 2014).

Democracia e participação social pressupõe compartilhamento de poder, troca e construção compartilhada de saberes, estabelecimento de relações solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Para isso também contribui a Educação Popular em Saúde, com a edição da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP) no SUS em 2013 (BRASIL, 2014).

A PNEP não está desvinculada do cotidiano da organização da gestão e da atenção, pelo contrário, é fomentadora de atos que contribuam para a garantia da integralidade, ampliando e diversificando as práticas em saúde por incorporar os modos populares e tradicionais do cuidado, além de fortalecer a atenção básica como ordenadora das redes regionalizadas de atenção à saúde (BRASIL, 2014).

1.2.2.2 As PIC no SUS

As PIC são atualmente denominadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de Medicina Tradicional e Complementar (WHO, 2013). Anteriormente eram designadas pela expressão “medicinas alternativas e complementares”, que ficou consagrada na literatura científica biomédica

(‘complementary and alternative medicine’ - CAM). Trata-se de um conjunto heterogêneo de práticas, produtos, técnicas e saberes agrupados pela característica de não pertencer ao escopo dos saberes/práticas consagrados pela biomedicina ou medicina convencional (NCCIH, 2017). Devido a essa heterogeneidade e definição “negativa” ou por exclusão, a Medicina Tradicional e Complementar é mais uma etiqueta institucional do que um conceito.

Segundo o NCCIH - Centro Nacional de Saúde Complementar e Integrativa dos EUA (2017), se uma prática não convencional é usada em conjunto com, ela é considerada “complementar”. Se uma prática não convencional é usada no lugar da medicina convencional, ela é considerada “alternativa”. Já o termo “saúde integrativa” é referenciado quando falamos sobre a incorporação de abordagens complementares nos cuidados de saúde convencionais.

No Brasil, o processo de regulamentação e institucionalização das PIC sofreu intensificação a partir da década de 1980, tendo culminado com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada pelo Ministério da Saúde em 2006 (Portaria 971/2006). O reconhecimento no país dessas terapêuticas parece encontrar um importante respaldo no “princípio da integralidade” disposto no inciso II do art. 19 da Constituição Federal, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do SUS. Além disso, temos a Portaria n 2.446/GM/MS, de 11 de novembro de 2014 que redefiniu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tendo como um dos objetivos específicos valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares.

Como motivos para o crescimento da procura pelas PICS Oliveira(2013, p. 37) menciona que:

“uma maior atenção dada pelo terapeuta ao paciente, que o convida e estimula a participar do seu tratamento, enfatizando a responsabilidade sobre a sua própria saúde; o custo da medicina alopático-científica, muito maior que o de terapêuticas atualmente reconhecidas como PICS; o reconhecimento e a ênfase na importância de um estilo de vida saudável, com a preocupação de uma boa alimentação, exercícios físicos e a manutenção do equilíbrio emocional e espiritual; o caráter humano e integrativo, uma vez que o tratamento é administrado ao indivíduo como um todo e não apenas de uma determinada parte doente; respeito e atenção a fatores relacionados a

espiritualidade e sua ação na promoção da saúde; a ênfase na prevenção das doenças e na manutenção da saúde.”

Para Levin e Jonas (2001), uma das principais características associadas a muitas PIC é o estímulo ao potencial de autocura dos sujeitos. As PIC, Segundo Oliveira (2013), estão sendo cada vez mais procuradas por pacientes de diversas áreas, como, por exemplo, na oncologia, na psiquiatria, em tratamentos de distúrbios como ansiedade e no tratamento da dor do membro fantasma, na imunologia, por pacientes com imunossupressão, na infectologia, em tratamento da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA/AIDS), na pneumologia, no tratamento da asma, na reumatologia, no tratamento da osteoartrite, na obstetrícia, no apoio a mulheres grávidas.

O número de estabelecimentos de saúde que ofertam PIC no SUS cresceu entre 700% e 1000%, entre 2008 e 2014 (ABRASCO, 2015), e segundo dados Ministério da Saúde (2017), mais de 5.000 estabelecimentos ofertam PICS. Segundo estimativa da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, das 200,6 milhões de pessoas residentes no Brasil, 3,8% ou 7,6 milhões, utilizou, no ano anterior a coleta de dados algumas das práticas implantadas no SUS pela PNPIC. O Programa de Melhoria da Qualidade e Acesso (PMAQ), em 2013, identificou PIC em 18,88% das Equipes de Saúde da Família e em 22,27% das equipes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF)(ABRASCO, 2015). Em 2016, identificamos a partir do sistema informatizado e-SUS e do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), registros de mais de dois milhões de atendimentos em PIC na atenção básica. No entanto, ainda não possuímos um diagnóstico preciso sobre as mesmas no cenário nacional, haja vista o descompasso existente entre o que está registrado nos sistemas de informações do Ministério da Saúde e o que ocorre nos municípios. As divergências passam por questões como o número de profissionais cadastrados para exercê-las, o que é realizado, a ausência de normas que as regulem e os diferentes entendimentos do que pode ser considerado como PIC (Souza et al, 2012).

Mesmo levando-se em consideração a possibilidade de haver um alto grau de subregistro de informações relativas à prática das PIC no SUS, constatamos ainda a crescente presença destas práticas complementares nos contextos das práticas de saúde nos serviços públicos de todo o Brasil, mesmo que de maneira ‘informal’.

Muitas dessas experiências positivas têm sido relatadas inclusive em ferramentas do próprio Ministério da Saúde como a “Comunidade de

Práticas(CdP)”(<https://novo.atencaobasica.org.br/>). Este espaço virtual foi criado para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) atuando como uma rede social colaborativa que permite a troca de informações, a realização de cursos à distância, a criação de redes de apoio e de comunidades virtuais, bem como o compartilhamento de experiências. De forma interativa, tem sido utilizado como ferramenta de construção coletiva, um território virtual do conhecimento sobre e onde diversas experiências com as PIC tem se tornado evidentes.

Como forma de melhorar a obtenção de subsídios científicos, objetivando evidenciar e expandir a oferta das PIC para os usuários do SUS e tendo em vista a necessidade de tomada de decisões baseadas em evidências, em 06 de junho de 2013, a Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos-SCTIE, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), lançou a “Chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit N° 07/2013 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Sistema Único de Saúde”, visando fomentar projetos de pesquisa sobre essa atividade no SUS. Foram liberados 2 milhões de reais nesta chamada contemplando linhas de apoio sobre a análise de custo-efetividade de ações, a pesquisa clínico epidemiológica em relação ao uso da PIC no cuidado a pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e a avaliação destes serviços. Com esta iniciativa os Ministérios da Ciência, Tecnologia e Inovação e da Saúde pela primeira vez estimularam, ainda que timidamente, o desenvolvimento de conhecimentos e avaliação dessas práticas no SUS (BRASIL, 2013).

Além deste interesse governamental em conhecer e avaliar essas práticas no SUS, as PIC vem ganhando defesa e legitimidade institucional sendo incluídas, por exemplo, nas ações da Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (CIPICSUS), foi Instituída pela Resolução CNS No 478/2013, que tem como finalidade sistematizar o assessoramento e a qualificação do Conselho Nacional de Saúde sobre o tema. Com isto, espera-se melhorar a fiscalização e garantir bom desempenho na formulação e proposição de estratégias no que tange as PIC, tornando disponíveis opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS e, por conseguinte, o aumento do acesso às PIC.

Em janeiro de 2017, através da Portaria 145/2017, complementada posteriormente através da Portaria 849/2017, do Ministério da Saúde, foram incluídas diversas PIC, incluindo o Reiki, na “Tabela de Procedimentos” oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na categoria de “ações de promoção e prevenção em saúde”. Com isto a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia,

Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga e o próprio Reiki integram-se à PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares objetivando, para além de outros fins, a humanização do cuidado, o respeito a autonomia do usuário e a pluralidade terapêutica existente na sociedade.

Porém, consideramos que apesar do reconhecimento institucional, atualmente é precária apolítica de financiamento existente para viabilização da PNPIC, tendo em vista que esta é a única política nacional da Atenção Básica que ainda não possui coordenação própria e recurso financeiro indutor específico ou próprio. Isso diminui a autonomia dos gestores e profissionais para iniciar ações de inclusão das PIC, mesmo nos casos de práticas como o Reiki que acreditamos pode ser disponibilizadas com baixíssimo custo.

1.2.3 O Reiki

1.2.3.1 O Reiki: uma prática integrativa e complementar

Segundo informações divulgadas por um importante Centro de Pesquisa em Reiki dos EUA (2015), praticantes leigos vem usando o Reiki por mais de 90 anos, e sua popularidade é crescente. Tais informações mencionam que um estudo realizado em 2007 indicou que 1,2 milhões de adultos e 161.000 crianças receberam uma ou mais sessões de terapias de cura de energia, como o Reiki no ano anterior. De acordo com a American Hospital Association, em 2007, 15% ou mais de 800 hospitais americanos oferecem Reiki como parte dos serviços hospitalares.

Segundo classificação do NCCIH (2017), o Reiki é uma terapia integrativa e complementar que pode ser classificada como uma terapia energética. Entendem a Medicina Energética como um domínio que lida com campos de energia dos dois tipos: o *Verdadeiro*: que pode ser medido pelas técnicas atuais e os *Supostos*: que ainda têm de ser medidos.

Terapias que envolvem os campos de energia supostos são baseadas no conceito de que os seres humanos são infundidos com uma forma sutil de energia. Esta energia ou força vital é conhecida por diferentes nomes em diferentes culturas, como “qi” (pronuncia-se “tchi”) na medicina tradicional chinesa (MTC), “ki” no sistema japonês, “prahna” na medicina Ayurvédica, e em outros saberes ou teorias como energia etérica, orgone, força, mana, e princípio vital (homeopatia). Acredita-se que a energia vital possa fluir ao longo do corpo humano material, mesmo que não tenha sido inequivocamente medida por meio de instrumentação convencional.

Segundo Monezzi (2003), o Reiki utiliza como um dos seus principais recursos a imposição das mãos nas superfícies corporais como

forma de equilíbrio energético. Foi iniciada no Japão no final do século XIX, quando seus adeptos já falavam em uma energia sutil que poderia ser canalizada e difundida para outro indivíduo através de pontos específicos chamados Chakras. A forma como foi incorporado o termo “Chakra” ao Reiki ainda é uma questão em discussão. Não há relatos na literatura evidenciando o uso deste termo pelo seu fundador Mikao Usui. Petter (2013) afirma que desde a época de sua fundação no Japão, e mesmo com a predominância de grupos de orientação confucionistas, xintoístas e budistas entre os praticantes de Reiki, haviam frequentes intercâmbios neste período entre estes com as práticas terapêuticas e espiritualistas ligadas a filosofia Iogue/Veda originárias da Índia. Com isso, atualmente há um certo entrelaçamento de postulados teóricos/conceituais da Medicina Ayrvédica e da Medicina Tradicional Chinesa com as práticas de Reiki, apesar de sua base filosófica ser em geral preservada e considerada como separada pela maioria dos praticantes de Reiki “tradicionais”.

Em “Medicina Vibracional”, um livro clássico dos anos 1980, difundido entre os praticantes e estudiosos das PIC, diretamente relacionado aos conceitos de energias sutis, Richard Guerber (2007), um médico estadunidense, discorre que informações provenientes de vários textos antigos da literatura iogue indiana falam a respeito da existência de centros de energia especiais no interior do nosso corpo sutil. Apresenta que esses centros de energia, denominados “chakras” - que em sânscrito significa “círculo” - assemelham-se a vórtices rodopiantes de energias sutis. Segundo o autor, os chakras estão de alguma forma envolvidos na captação das energias superiores e na sua transmutação numa forma utilizável na estrutura humana.

Para Oliver e Norbert (2009), o modo de funcionamento do Reiki se baseia nos fenômenos de alteração da vibração. Através do estresse, do aborrecimento e da doença o organismo humano é deixado num estado desarmonioso o que faz as vibrações do corpo se desarmonizarem. Para os autores, pela ação da energia vital universal (Reiki) sobre o organismo desequilibrado, o estado desarmonioso pode ser levado novamente ao equilíbrio.

O tratamento com o Reiki consiste na imposição das mãos de um terapeuta treinado na técnica sobre o corpo de um paciente em determinadas posições que, de modo geral, correspondem à localização de órgãos que compõem o sistema endócrino e linfático e são realizados em quatro sessões de aproximadamente uma hora, podendo ser realizado com apenas um ou vários terapeutas. Finalizadas as quatro sessões fica a critério do paciente o encerramento do tratamento (OLIVER; NORBERT, 2009).

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

1.2.3.2 Origens do Reiki

Muitas são as histórias sobre Mikao Usui, considerado o fundador do Reiki, e sobre como este o concebeu. Mikao Usui nasceu em 1865 na aldeia de Taniai no Japão, onde foi funcionário do estado Japonês. Segundo De Carli (2011), não existem registros detalhados e oficiais de sua história, que foi modificada com o tempo na medida que sua tradição foi repassada a frente pelos seus sucessores. Segundo conta a lenda, Mikao Usui teria se tornado padre católico, tornando-se inclusive professor e reitor de uma pequena universidade cristã de Kyoto (Japão). Também versa a tradição oral que a descoberta do Reiki por Usui haveria sido motivada pela necessidade dele entender os métodos de cura utilizados por Jesus Cristo.

Narra a história oral dos praticantes que Usui um dia foi para o monte Kurama, situado a noroeste de Kyoto, no *Japão*, numa busca pessoal, e após 21 dias de meditação começou a sentir o Reiki (que vem de duas palavras japonesas: Rei = energia universal; Ki= energia vital da pessoa) no topo da sua cabeça. Num momento de inspiração, compreendeu e desenvolveu um novo método de disciplina energética, a qual aplicou em si, em primeiro lugar, depois, a membros da sua família. Finalmente, em 1922, abriu o primeiro centro de tratamento e ensino de Reiki. Os seus ensinamentos passaram para Chujiro Hayashi e deste para Hawayo Takata, que levou o Reiki para o Havaí, tendo passado para os Estados Unidos, Brasil, Canadá e Europa (Arjava, 2013).

1.2.3.3 Fundamentos do Reiki tradicional

Segundo o método Usui de Reiki tradicional, este pode ser realizado através de um toque suave ou a imposição de mãos a uma curta distância do corpo do receptor, incluindo também tratamentos feitos a distância, sem necessidade de presença física do receptor (pessoa, planta, animal), seguindo um código de normas de conduta, de acordo com a tradição, passado de mestre para iniciado, sendo transmitido o que é chamado pelos praticantes de “Energia Vital Universal” (Reiki) para as

zonas mais necessitadas da pessoa. Kessler (2002) enfatiza também que o Reiki é uma arte de cura através do toque das mãos, defendendo a importância e o significado dos valores e das técnicas orientais para o restabelecimento da saúde física, mental e uma melhor compreensão com a questão da espiritualidade e do autoconhecimento.

Arjava (2013) explica que existem três níveis de aprendizado do Reiki. No Reiki nível I supostos canais de energia são abertos e o aprendiz vai se familiarizar com as posições básicas do tratamento no corpo físico, aprendendo a história, a posição das mãos e lhe sendo permitido aplicar em si e nos outros. No Reiki nível II, ensina-se sobre o tratamento a nível emocional e mental bem como a possibilidade de tratamento à distância. O Reiki nível III, ou nível Mestre, possibilita tratar daquilo que os praticantes entendem por questões do espírito, trabalhos em grupos e realizar iniciações para novos praticantes.

O Reiki pode ser efetuado estando o receptor sentado ou deitado, sempre com a roupa vestida. Prefere-se um local limpo, silencioso e com possibilidade opcional de músicas de fundo de relaxamento e aromaterapia no ambiente. O praticante passa as suas mãos sobre o paciente/receptor em determinadas posições, sem exercer pressão ou manipulação de algum tipo. As sessões podem durar entre 30 minutos e 1 hora e meia, dependendo das necessidades do receptor. O praticante pode pousar as suas mãos em pontos que o paciente/receptor peça, caso tenha dores, mas seguindo um criterioso código de conduta devidamente orientado pelo Mestre responsável por sua iniciação na técnica, objetivando seguir os preceitos do Método Usui Reiki Ryoho Tradicional. Desta forma os “reikianos”, assim como são chamados os praticantes de Reiki, procuram seguir um código de normas de conduta, de acordo com uma tradição cultural e filosófica que é passada de mestre para iniciado.

Embora haja estruturação de saberes, valores, disciplina e passos de iniciação, com alguma elaboração e generalização simbólicas (articulação “teórico conceitual” nos saberes e destas com as práticas), o Reiki pode ser considerado uma prática complementar de base “energética”, como acima mencionado, não se constituindo “a priori” em racionalidade médica, dado não apresentar todas as dimensões postuladas pela categoria.

1.2.3.4 Reiki no Brasil

Ainda que nos pareça ser importante, do ponto de vista do campo da ciência, comprovar a existência das ditas “energias sutis”, bem como de buscarmos em relação a isso as melhores formas de utilizá-las em prol

da saúde humana, percebemos que a prática do Reiki vem expandindo-se consideravelmente no Brasil. Entre as instituições precursoras no ensino e prática do Reiki no país destacam-se a AB/Reiki – Associação Brasileira de Reiki e o Instituto Brasileiro de Pesquisas e Difusão do Reiki.

A AB/Reiki foi fundada em 1983 pela psicóloga, pedagoga e mestre em Reiki Claudete França, após a vinda ao Brasil do Reiki Master Stephen Cord Saiki da American Internacional Reiki Association (AIRA), que ministrou o primeiro seminário de Reiki no país. Apresenta-se como uma das principais entidades representativas de praticantes de Reiki no país, possuindo núcleos nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Mato Grosso, Rio Grande do Norte, Paraná, Rio de Janeiro e Distrito Federal. Essas sedes propiciam seminários, cursos, palestras, atendimentos assistenciais e sociais (asilos, hospitais e orfanatos), sendo locais importantes para recém-formados estagiarem e adquirirem experiências, além de aprimorar suas práticas (AB-REIKI, 2015).

O Instituto Brasileiro de Pesquisas e Difusão do Reiki foi fundado pelo Mestre Johnny De' Carli com sedes no Rio de Janeiro e São Paulo. Somente nesta instituição já foram habilitados cerca de 11.000 reikianos, 508 com grau de mestre, sendo que 168 destes estão capacitados a habilitar novos mestres. Johnny De' Carli, que foi iniciado em Reiki pela Mestre Claudete França, vem contribuindo significativamente para a difusão desta prática no Brasil, através de inúmeros livros publicados desde 1998.

Babenco (2004) relata que em 1998 existiam no Brasil 400 mestres e mais de 100 mil indivíduos iniciados em Reiki. Acredita que a cada ano cerca de 6.000 pessoas cursam o Nível I da prática em território nacional, embora não existam dados oficiais. Isso sugere haver crescimento significativo dessa prática no Brasil, ao mesmo tempo em que há dificuldade em se conseguir dados fidedignos sobre os praticantes. Em 2004, uma pesquisa do Ministério da Saúde do Brasil identificou o Reiki como a prática complementar mais presente na atenção primária. O estudo também demonstrou que a capacitação de profissionais para atuar como reikianos ocorre durante sua atuação profissional no SUS nos serviços de saúde (45,22%), evidenciando que a maior parte das ações em PICs está concentrada na atenção básica (mais de 75% delas) (BRASIL, 2015).

Além disso, no Brasil, existem também diversas experiências com a prática do Reiki em unidades de saúde fora ou indiretamente relacionados a atenção básica. Dentre estas podemos citar as realizadas nas seguintes unidades: Grupo Hospital Conceição, em Porto Alegre (Grupo Hospitalar Conceição, 2012); na Bahia o Hospital Santa Izabel (Hospital Santa Izabel, 2014); em Recife, a Policlínica Gouveia de Barros (Policlínica Gouveia de Barros, 2014); o Hospital de Base do Distrito Federal; em fortaleza, o Hospital Distrital Gonzaga (Associação portuguesa de reiki,

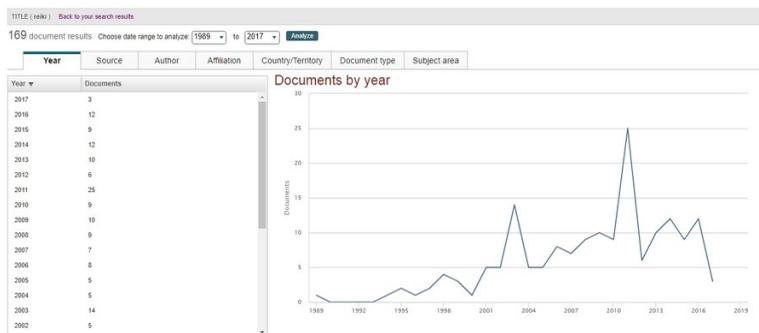
2012); em Florianópolis, o Projeto Amanhecer HU/UFSC (Projeto Amanhecer, 2014), Reiki na atenção básica e saúde mental em Fortaleza através do Espaço Ekobé e o CAPC – Centro de Apoio ao Paciente com câncer (CAPC, 2014).

Nos últimos anos pesquisas científicas realizadas no Brasil e no mundo tem evidenciado os benefícios do Reiki em relação ao cuidado e a saúde humana, bem como também o maior interesse da comunidade acadêmica por este tema.

Objetivando desenvolver uma revisão narrativa da literatura na data de 26/06/2017 efetuamos uma busca nas bases de dados eletrônica SCOPUS, MEDLINE/PUBMED e LILACS(BVS) utilizando o descritor “reiki” no campo de filtro “apenas no título”, entre os anos de 1989 a 2017 onde foram encontrados respectivamente 169, 125 e 8 artigos indexados versando especificamente sobre o tema. Nestas mesmas bases, estes achados sobem para 480, 224(título/abstrat) e 55 artigos indexados encontrados quando ampliamos o filtro de busca usando os campos “apenas título, resumo e palavras-chave” sendo o primeiro registro encontrado no ano de 1995. Foram encontrados também e, utilizando os mesmos critérios de pesquisa, 25 revisões de literatura na base de dados SCOPUS. Por último, em consulta ao site de busca GOOGLE ACADÊMICO encontramos 547 artigos nos resultados utilizando o descritor “reiki” no campo de filtro “apenas no título” sendo o primeiro artigo registrado no ano de 1985.

A figura a seguir obtida em consulta a base de dados SCOPUS demonstra que nos últimos 10 anos houve um aumento significativo nas investigações científicas envolvendo especificamente o Reiki.

Figura 1 – Publicação de artigos indexados sobre Reiki de 1989 a 2017



Fonte: Base Dados Scopus(Julho/2017)

1.2.3.5 O Reiki no apoio à gestão dos transtornos psicológicos

Segundo Kamimura e Tavares (2012), os transtornos mentais são definidos por alterações no desempenho familiar, social, pessoal, escolar e profissional, na compreensão dos outros e de si, na possibilidade de autocrítica, na obtenção de prazer na vida em vários setores e na tolerância dos problemas do cotidiano. Para organização Mundial de Saúde (1993), os chamados transtornos psiquiátricos são definidos pelo conjunto de comportamentos considerados típicos para determinados quadros clínicos. Entre os mais conhecidos destacam-se a depressão, o estresse ocupacional e os distúrbios do sono. Para termos uma ideia da dimensão da prevalência, também de acordo com estimativas da OMS (2014), 90% da população mundial sofre em algum nível de estresse, o que nos remete a uma pandemia mundial.

Os mecanismos de estresse constituem um processo complexo do ponto de vista fisiológico. Hans Selye definiu estresse, atendo-se à sua dimensão biológica (Filgueiras e Hippert, 1999). O estresse seria um elemento inerente a toda doença, que produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo, as quais podem ser observadas e mensuradas. O estresse é o estado que se manifesta através da síndrome geral de adaptação (SGA). Esta compreende: dilatação do córtex da supra-renal, atrofia dos órgãos linfáticos e úlceras gastrointestinais, além de perda de peso e outras alterações. A SGA seria um conjunto de respostas não específicas a uma lesão e se desenvolveria em três fases: 1) fase de alarme, caracterizada por manifestações agudas; 2) fase de resistência, quando as manifestações agudas desaparecem e; 3) fase de exaustão, quando há a volta das reações da primeira fase e pode haver o colapso do organismo. Somente o estresse mais grave leva à fase de exaustão e à morte (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999).

Comungando de vários pontos de Seyle, a psicobiologia atual entende que essas alterações manifestam-se através de vários sinais, como, por exemplo, variação de frequência respiratória e cardíaca, pressão arterial sistêmica, sudorese e eficácia do processo digestivo. Essas respostas fisiológicas são naturais e vitais, porém, em determinadas situações, se ocorrerem de maneira continuada, podem trazer efeitos prejudiciais para a saúde. Situação esta conhecida como “*estresse crônico*” que leva ao aparecimento e desenvolvimento de doenças recentemente denominadas de distresse. Como consequência desta última podem, ser desencadeadas complexas mudanças neurológicas e neuroquímicas decorrentes da ação de agentes estressores, afetando, desse modo, os sentidos da percepção, o equilíbrio hormonal, a função

respiratória, a pele, o trato urogenital e os sistemas cardiovascular e digestório (OLIVEIRA, 2013).

Estudos como os de Cruse (1993) e apontados por OLIVEIRA(2013) demonstram que um estresse físico e psicológico crônico, não controlável, pode provocar modificações importantes na funcionalidade do sistema imune do homem, sugerindo, porém, que é possível inverter o processo imunodepressor por meio de intervenções psicoterápicas e comportamentais, como técnicas de relaxamento e biofeedback, baseadas em processos exclusivamente mentais.

Diversos estudos têm demonstrado os benefícios do Reiki como auxiliar na gestão do estresse e transtornos psicológicos em geral. A utilização do Reiki como terapêutica complementar em sobreviventes de tortura de Sarajevo, promoveu aos voluntários que participaram grande sensação de relaxamento e um ganho muito grande relacionado a habilidade do manejo do estresse relacionado a vivência das más memórias (KENNEDY P, 2001). O Reiki também demonstrou-se como método efetivo na redução do estresse e ansiedade (LONG; HUNTLEY; ERNST, 2001).

Um estudo de Wardell e Engebretson (2001) avaliou o efeito de um tratamento de Reiki em pessoas saudáveis sobre marcadores biológicos relacionados ao estresse, como mensuração dos níveis de Imunoglobulina A (IgA) e cortisol, pressão sanguínea, tensão muscular, temperatura e condutância da pele, além da avaliação do estado de ansiedade através da aplicação de testes psicológicos. Os dados foram coletados antes, durante e imediatamente após as sessões. Os resultados finais foram baseados em comparações entre o antes e o depois das sessões de Reiki demonstrando uma elevação dos níveis de IgA, queda na pressão sanguínea sistólica e uma ansiedade significativamente reduzida.

Miles (2003) realizou um estudo usando o Reiki com o objetivo de diminuir a dor e a ansiedade de doentes com AIDS. Muitos doentes foram motivados pela ideia de que a redução do estresse contribui para melhorar as defesas imunológicas. Utilizou-se a escala STAI (State Trait Anxiety Inventory) para avaliar o grau de ansiedade e a escala VAS (Visual Analog Scale) para medir a dor dos pacientes antes e depois de uma breve (20 minutos) aplicação de Reiki. Tanto a ansiedade como a dor diminuíram em mais de 35%.

La Torre (2005) descreveu a ação do Reiki como terapêutica adjuvante ao trabalho psicoterápico clássico, promovendo uma grande oportunidade para o paciente de sentir-se encorajado e responsável pelo seu processo de melhora. Esteves, Jacobs e Fernández (2009) realizaram estudo exploratório visando avaliar a relação entre o Reiki e o Stress, verificando em que medida o Reiki ajuda na gestão deste. Para tal, contou-

se com uma população de reikianos, com formação do nível I e nível II e que na sua atividade profissional eram enfermeiros. Pretendiam verificar se com a aplicação do Reiki, os reikianos enfermeiros conseguiriam fazer uma melhor gestão do Stress e se esta gestão diferiria entre o sexo feminino e o sexo masculino. Pode-se constatar que na amostra, independentemente de ser amostra feminina ou masculina, verificou-se um elevado interesse, aplicação e obtenção de resultados positivos na gestão do estresse vivido, através do Reiki.

Friedman *et al.* (2010) descreveu a ação do Reiki em pacientes hospitalizados após síndrome coronariana aguda, demonstrando elevação da atividade parassimpática e melhora do estado emocional.

Num estudo duplo-cego e randomizado de Bowden, Goddard e Gruzelier (2010) foi examinado o impacto do Reiki sobre a ansiedade/depressão em 40 estudantes universitários. Os participantes experimentaram seis sessões de 30 minutos durante um período de duas a oito semanas. Os participantes com alta ansiedade e ou depressão que receberam Reiki mostraram uma melhora progressiva do estado de espírito geral, que foi significativamente melhor em cinco semanas de seguimento, enquanto nenhuma alteração foi observada nos controlos o que sugerem que o Reiki pode beneficiar humor.

Diaz-Rodriguez et al. (2011) demonstraram os efeitos imediatos na imunoglobulina A salivar (IgAs) na atividade de α -amilase e na pressão arterial, após a aplicação de Reiki em enfermeiras que sofrem da síndrome de Burnout. Foram realizados testes com dezoito enfermeiras e ao final da pesquisa os autores concluíram que uma sessão de Reiki de 30 minutos melhorou a resposta de IgAs e da pressão arterial de forma imediata nas enfermeiras sujeitos de pesquisa com síndrome de Burnout.

Um estudo realizado em 2011 no Boston Medical Center (EUA) objetivou estudar os efeitos do Reiki sobre o stress relacionado ao trabalho de 17 enfermeiras participantes de seminário de Reiki I. Para tanto foram utilizadas a ferramenta “Escala de Estresse Percebido” que foi administrada antes do curso de Reiki I e após três semanas de prática de autoaplicação de Reiki. Os resultados indicaram que a prática de Reiki mais frequentemente resultou em redução dos níveis de estresse percebido e que dados deste pequeno estudo piloto suportam apoio a formação do enfermeiro sobre a prática de Reiki objetivando a diminuição do stress relacionado com o trabalho (CUNEO *et al.*, 2011).

Monezzi (2013) sugere que a terapêutica Reiki produziu alterações psicofisiológicas e de qualidade de vida em idosos com estresse, através da promoção de um possível estado de relaxamento, superior ao constatado no grupo placebo. Ainda neste estudo observou-se: redução dos níveis de estresse; redução dos níveis de ansiedade e depressão; redução

da percepção de tensão muscular e elevação da percepção de bem-estar; elevação dos níveis de qualidade de vida referente aos domínios: “Aspectos espirituais, Religião e Crenças pessoais”; “Físico”; “Psicológico”; além das facetas “Autonomia” e “Intimidade”.

Motta e Barros(2014) analisaram, por revisão sistemática da literatura, o uso e o efeito das técnicas de imposição de mãos: Reiki, Toque terapêutico e Toque de cura no estresse-ansiedade. Ao final os autores concluíram que apesar de a maioria dos estudos ter apresentado resultados positivos, são necessários mais estudos para desenvolver a relação do uso de Reiki, Toque terapêutico e Toque de cura para o tratamento de estresse-ansiedade.

Freitag et al.(2014) objetivaram identificar e analisar os benefícios vivenciados com a prática de Reiki em pessoas idosas com dor crônica não-oncológica. Ao final do estudo concluíram que esta prática terapêutica melhora de forma significativa as queixas de dor crônica, além de contribuir para o equilíbrio das necessidades física, mental, emocional e espiritual dos idosos. Estudo efetuado por Erdogan (2016) avaliou o efeito do Reiki sobre a depressão de 170 idosos que vivem em lares de idosos. Noventa indivíduos idosos que foram incluídos no estudo foram separados em 3 grupos utilizando o método de amostragem aleatória: 30 no grupo de Reiki, 30 no grupo de Reiki simulado e 30 no grupo de controle. Os dados foram coletados usando a Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Houve uma diminuição significativa no índice de depressão do grupo Reiki, maior que nos outros grupos, e os resultados indicaram que Reiki pode ser eficaz para reduzir a depressão em pessoas idosas que vivem em lares de idosos.

Pesquisa com 223 organizações profissionais de medicina alternativa e complementar, 66 recomendaram o Reiki por seu baixo custo e risco (WARDELL; ENGBRETSON, 2001). O Hospital Portsmouth Regional, na Columbia, em 1998, elaborou um estudo reunindo mais de 872 clientes, que se submeteram a tratamentos de Reiki, durante 15 minutos nos momentos pré e pós-operatório. Os resultados constataram que o Reiki produziu uma diminuição: da pressão arterial, batimento cardíacos e pulso e níveis de stress. Induziu um efeito calmante que conduz a uma redução significativa da administração de analgésicos no momento pós-operatório. Este estudo permitiu à sua implementação e o Reiki tem produzido um aumento da satisfação dos clientes, assim como a redução dos dias de internamento (ALANDYDY, 1999).

Oliver Klatt e Norbert Lindner (2009) descrevem, baseados em relatos, experiências de médicos, trabalhos científicos e artigos, como a medicina energética e a medicina clássica se completam, apontando os excelentes resultados nos campos da fisioterapia e psiconeuroimunologia.

Indicam pontos positivos quando utilizado Reiki para o auxílio nas terapias contra o câncer, sendo que este parece fazer aumentar a capacidade autocurativa dos pacientes.

Letícia Franco e colaboradores (2011) avaliaram a produção bibliográfica referente às terapias alternativas utilizadas para o tratamento da dor neuropática diabética. Concluíram com base nos 13 artigos selecionados que as terapias alternativas (acupuntura, Reiki, foto-estimulação, estimulação eletromagnética neural, elétrica e terapia a laser) estão sendo utilizadas com a finalidade de aliviar a dor, entretanto, não há concordância sobre a eficácia desses tipos de práticas.

Oliveira (2013) em levantamento bibliográfico elaborado na sua tese de doutorado, apresenta que pesquisas atuais relatam as diversas aplicações do Reiki na área médica, como recurso complementar às terapias convencionais demonstrando resultados promissores como, por exemplo, no tratamento de distúrbios comportamentais e cognitivos em pacientes com doença de Alzheimer, no tratamento de pacientes diabéticos, no tratamento da dor e ansiedade em mulheres hysterectomizadas, no tratamento da epilepsia, no manejo do estresse, em procedimentos pós-operatórios, em pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida e também, em pacientes oncológicos, sendo aplicado como adjuvante na terapia de opioides no manejo da dor. Além disso, outros estudos chamam a atenção de fatores que poderiam contribuir com a entrada do Reiki em hospitais e serviços de saúde: crescente interesse público e do número de profissionais de saúde, de diversos setores, que aprendem a técnica e a utilizam de maneira integrada com cuidados convencionais.

Em revisão sistemática sobre os possíveis efeitos da terapêutica Reiki, conduzida por Baldwin (2010), foi verificado que 12 dos 21 artigos analisados foram considerados muito bons ou excelentes, e os resultados reportados foram considerados positivos; todavia, um dos estudos registrou a ausência de efeitos positivos do Reiki na redução da dor em fibromialgia.

Poucos estudos discutem os potenciais riscos ou desconfortos decorrentes da utilização do Reiki como terapêutica complementar. Como exemplos, podemos citar a ocorrência de catarses emocionais como choro compulsivo, dor de cabeça leve, diarreia, náusea, erupções cutâneas temporárias, corrimento nasal, sintomas de frio, transpiração excessiva e excesso de sono. Autores relatam que tais efeitos colaterais, que seriam leves e de curta duração, poderiam ser decorrentes de um suposto processo de desintoxicação (OLIVEIRA, 2013).

Em estudo realizado por Alarcão e Fonseca (2016) foi verificado que o Reiki poderia ajudar de forma holística no alívio do sofrimento em

pacientes com câncer de sangue, sugerindo o mesmo como opção eficaz e segura para melhorar o bem-estar em pacientes com câncer hematológico. Segundo os autores, essas descobertas podem dar suporte para a inclusão do Reiki nos serviços nacionais de saúde, pois pode contribuir de forma útil para melhorar o bem-estar dos pacientes e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. Outro recente estudo realizado por Notte, Fazzini e Mooney (2016) objetivou determinar o impacto da terapia de Reiki na percepção da dor de pacientes submetidos a artroplastia total de joelho (TKA) após sessões de Reiki, satisfação com a terapia de Reiki, satisfação com a experiência hospitalar geral e uso de medicação para dor seguindo cirurgia. Os resultados demonstraram que todas as sessões de terapia de Reiki resultaram em reduções estatisticamente significativas na dor, exceto aquelas sessões na PACU(unidade de cuidados pós-anestesia). Os indivíduos que receberam Reiki responderam positivamente aos questionários preenchidos no dia da alta. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no uso de medicação para dor. O Reiki foi considerado um componente efetivo no tratamento da dor pós-operatória dos pacientes cirúrgicos.

Pesquisas sobre PIC, principalmente relacionadas a imposição de mãos e energias sutis frequentemente recebem críticas de que seus resultados provêm apenas de “efeito placebo”. Contudo, isso se trata de uma característica incontornável de pesquisas nessa área, pois a interação terapeuta-paciente é um componente crucial dos processos e resultados dessas práticas (LAFRENIERE et al., 1999).

1.2.3.6 Reiki, toque terapêutico e imposição de mãos

Segundo aponta Oliveira (2013), a literatura vem registrando ao longo dos anos diversos relatos de intervenções de cuidado baseadas na imposição de mãos e transmissão de energias não qualificadas pela física atual, e que estas tem sido descritas através da história, onde existem registros de que o próprio Hipócrates de Cós (460 a.C. a 400 a.C.) já referia a provável existência de um campo bioenergético presente nos seres vivos. O autor relata que muitos indivíduos submetidos a tratamentos por técnica de imposição de mãos descrevem sensações de calor por todo o corpo que provocariam um estado de relaxamento, tanto físico quanto psicológico. Acredita-se que as técnicas de imposição de mãos e transmissão de energia podem exibir propriedades terapêuticas, estando presentes em muitas culturas, como na China, Tibet, Japão, África, Índia e entre os povos nativos da América do Norte. Muitas dessas culturas acreditam que as doenças ocorrem devido ao bloqueio do fluxo dos

biocampos energéticos. Da antiguidade aos dias atuais, há a presença das mãos como elemento de cuidado ao ser humano (OLIVEIRA,2013).

Sobre essas técnicas, Motta e Barros (2014) salientam que mesmo no modelo mais ortodoxo de criação de evidências existem estudos clínicos desenvolvidos em âmbito nacional e internacional com achados importantes. Muito embora estes estudos tenham obtido resultados estatisticamente positivos, a comunidade científica continua com ressalvas contra essa técnica devido ao fato de não encontrar mecanismos “plausíveis” para “seu funcionamento”. Sobre essas dificuldades metodológicas, Broom e Adams (2012) comentam que as técnicas de imposição de mãos são terapias que não necessitam de instrumentos tecnológicos e por isso são marginalizadas pela lógica biomédica, além de que seus efeitos são dificilmente captados por desenhos metodológicos considerados “padrão-ouro”, como estudos clínicos randomizados.

Para Motta e Tavares (2013), o conteúdo dos artigos selecionados que seguem este modelo “padrão-ouro” são pouco reflexivos e dedicam muito espaço para demonstrar resultados e pouco para discuti-los, o que gera uma ciência pouco reflexiva, que se foca apenas em números e estatísticas, não se indagando e refletindo o porquê desses números e o que eles significam. Para eles seria necessário um discurso crítico de uma metodologia baseada em evidências onde o propósito não seria desmantelar, mas contextualizar, equilibrar e enfatizar “algumas vozes marginalizadas por esta lógica”.

Ainda apontam que para que as pesquisas em técnicas de imposição de mãos se alinhem ao seu “modelo de cuidado” seria necessário expandir o conceito de ciência, considerando-se que em sua base estão: observação, interpretação, conceitualização e teorização. Relatam que precisaríamos compreender que no modelo convencional de pesquisa o método científico é valorizado pelo seu rigor, porém esse mesmo rigor é válido para a abordagem das técnicas de imposição de mãos, de forma que as evidências não são rejeitadas, porém posicionadas em uma diferente visão de mundo.

Ainda sobre a complexidade envolvida em pesquisas sobre técnicas de imposição de mãos, Motta e Barros (2015, p. 390), esclarecem:

“A complexidade da pesquisa em técnicas de imposição de mãos fica clara pela maneira que estas destoam da lógica biomédica em sua forma de cuidado. A interação terapeuta-paciente é um ponto crucial a ser explorado, bem como a aplicação fenomenológica dessas técnicas. Para uma melhor compreensão desse tema futuros estudos devem incluir mensurações qualitativas que deem voz aos

terapeutas e pacientes, para entender como eles experimentam essas técnicas, como elas podem colaborar para a melhora da qualidade de vida, bem-estar e outras variáveis indispensáveis a uma visão de saúde ampla e multidimensional.”

Nesse sentido torna-se importante ressaltar que não foram considerados para fins de busca no levantamento bibliográfico apresentado os artigos sobre o Reiki buscados pelos termos “*toque terapêutico*” e “*imposição de mãos*”. Apesar destes termos serem considerados sinônimos de “reiki” pelo DECS – Descritores de Ciências da Saúde e no Mesh Terms Database do PUBMED, não necessariamente referem-se a mesma prática terapêutica. Entendemos que estes estão relacionados ao “contexto” do Reiki e implícitos em sua prática como uma das suas técnicas/ferramentas, porém estes termos relacionam-se diretamente com outras vertentes de PIC como o Toque Terapêutico, Johrei, Terapia Bioenergética, Imposição de Mãos, Passe Espirita, entre outros. Não consideramos preciso e adequado chamar estas práticas de Reiki, mesmo que a comunidade científica utilize-se destes descritores em suas classificações para se reportar ao mesmo. O Reiki, como já abordado anteriormente, envolve uma filosofia própria com técnicas de meditação e visualização, além de práticas de cuidado recomendados por um código de conduta própria de sua tradição. De acordo com Motta e Barros (2014), essas técnicas se distinguem em vários aspectos. Primeiramente o Reiki, ao que tudo indica, é uma técnica que tem sua origem no oriente, utiliza de símbolos e sons sagrados para a canalização de energia vital, tem como premissa um processo de 21 dias de autoaplicação para o iniciado poder aplicar em outras pessoas, sendo recomendado sempre que este se autoaplique para se manter saudável, distinguindo-se do toque terapêutico, toque de cura e imposição de mãos.

Algumas pesquisas procuraram elucidar os mecanismos e benefícios oriundos da imposição de mãos. Em dissertação de mestrado, Ricardo Oliveira (2003) avaliou o tratamento com imposição de mãos em camundongos acometidos de câncer. Os camundongos foram divididos em três grupos: o grupo controle (não recebeu nenhum tipo de tratamento), o grupo “controle-luva” (recebeu imposição com um par de luvas preso a cabos de madeira) e o grupo imposição (recebeu o tratamento tradicional pelas mãos da mesma pessoa). Os resultados obtidos demonstraram que nos animais pertencentes ao grupo imposição, os glóbulos brancos e células imunológicas tinham dobrado a capacidade de reconhecer as células cancerígenas.

Garé (2008) estudou os efeitos da influência do Reiki na evolução do granuloma induzido experimentalmente pela inoculação do BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) em hamsters e em camundongos portadores de tumor. Os resultados demonstraram que houve uma diminuição do granuloma induzido e um aumento da taxa de sobrevivência nos animais tratados com Reiki. Francisca Teixeira (2009) faz uma comparação das práticas terapêuticas realizadas através da imposição das mãos, sendo elas o Reiki, o Passe Espírita e do Jorrei Messiânico. Ela verificou que nas práticas utilizadas nestas três abordagens há uma grande preocupação de que seus praticantes mantenham o equilíbrio energético do corpo (físico, mental e espiritual).

1.2.3.7 Reiki nas práticas de cuidado de profissionais de Saúde

O Reiki vem sendo apontado como benéfico no auxílio aos transtornos psicológicos em geral, na produção de bem-estar, manutenção de sentimentos positivos como a compaixão, e gerador nos usuários de estados considerados mais alertas, dispostos, protegidos e calmos. Destaca-se também no apoio na gestão do estresse e ansiedade, além de ser tratamento coadjuvante para enfermidades ocupacionais como a Síndrome de Burnout (SB).

O Reiki também pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento da consciência de autocuidado e como um recurso de autoatenção, pois inicialmente para se aplicar Reiki em outras pessoas é necessário passar por um processo que os praticantes consideram ser de “purificação energética” de 21 dias. Isso induz ou ao menos facilita ao praticante de Reiki a desenvolver em alguma medida essa consciência, que pode se disseminar ao seu redor, criando, assim, de maneira sutil, uma consciência do autocuidado. As técnicas de imposição de mãos trabalham de alguma forma com a noção de autocuidado e autoatenção, e o Reiki por implicar e necessitar um processo de 21 dias de autoaplicação para poder ser aplicado em outras pessoas, estimula, assim, que o terapeuta se cuide antes de poder cuidar do outro (DA MOTTA; DE BARROS, 2014).

Entendemos que o Reiki não se volta apenas para auxiliar nos males biopsicológicos dos indivíduos. Por hipótese, sua prática parece contribuir para o desenvolvimento de melhores abordagens sobre a saúde, bem-estar e autoconhecimento daqueles que o praticam. Nesse ponto surge a necessidade de discutirmos o Reiki conectado a questão da espiritualidade e sua inter-relação com o campo da saúde.

1.2.3.7.1 Reiki, saúde e espiritualidade

É nossa hipótese que o Reiki possui princípios que podem contribuir no aumento da corresponsabilidade dos envolvidos pela saúde de maneira holística, no contexto físico, social, emocional, ambiental e também espiritual. A Organização Mundial da Saúde (2014) publicou em 7 de abril de 1999 uma resolução como Emenda de sua Constituição propondo incluir o *âmbito espiritual no conceito multidisciplinar de saúde* agregando, ainda, aspectos físicos, psíquicos e sociais. Mais recentemente, Toniol (2015) afirma que a espiritualidade vem sendo considerada pela área da saúde e inclusive da biomedicina uma dimensão inerente a todos os humanos, para além de uma disseminada crença cultural ou de aspectos psicológicos e existenciais envolvidos na produção de sentido para vida.

Isso não significa, *a priori*, relacioná-la de imediato com o campo das religiosidades ou da nova era, por exemplo. A esse respeito, convém discutir sobre os significados do termo “espiritualidade”. Para Dal-Farra e Geremia (2010, p. 2), os limites conceituais a respeito da questão da espiritualidade não são bem definidos, especialmente em relação à religiosidade:

“1) a espiritualidade se refere a um amplo domínio da subjetividade humana, refletindo nos valores e ideais mais preciosos das pessoas, assim como o senso de quem são, as suas crenças, o significado e o propósito de suas vidas junto à conexão que elas estabelecem com os outros e com o mundo em que vivem. 2) Espiritualidade representa o meio pelo qual nós encontramos um sentido para tudo, além de esperança, conforto e paz interior em nossas vidas. 3) Constata-se nessas conceituações a ausência do termo religiosidade no âmbito restrito do pertencimento a uma religião formalmente constituída. Entretanto, ao analisar a inserção deste aspecto na formação de povos em diferentes países, verifica-se que esta vinculação representa a principal forma de vivência da espiritualidade na vida contemporânea, promovendo a aproximação do ser humano com as questões espirituais.”

Arvônio (2014) discute as preocupações éticas e as possíveis implicações legais associadas ao presente processo de oferta do Reiki, que acredita estar associado a uma espiritualidade, podendo entrar em conflito com alguns sistemas de crença. As instituições de saúde católicas, por exemplo, estariam restritas no oferecimento desta terapia, porque ela está em conflito com os ensinamentos da Igreja Católica. Cita que alguns

hospitais estão oferecendo Reiki sem divulgar seus aspectos espirituais aos pacientes.

Parece-nos importante essa diferenciação entre religião e espiritualidade, pois admitimos haver consequências práticas deste desentendimento, ainda mais num estado “laico” como é o caso do Brasil. Religião e espiritualidade foram consideradas como mesma coisa até aproximadamente a virada do século, a partir de quando gradualmente iniciou-se uma distinção entre elas. Religião passou a ser entendida como prática institucionalizada de um sistema de crenças, rituais e símbolos, compartilhada por uma comunidade. Espiritualidade, por sua vez, pode estar vinculada ou não a uma religião formalizada. Percebemos seguindo a tendência identificada por Toniol (2015), que ela pode ser entendida como uma dimensão inerente a todo ser humano, mal compreendida pela ciência, cuja conceitualização é relativamente vaga e precária e justamente neste ponto estão algumas dificuldades da inserção da espiritualidade na saúde por parte dos profissionais da área (DAL-FARRA E GEREMIA, 2010).

Sobre essa necessária compreensão das diferenças conceituais entre espiritualidade e religiosidade, concordamos com Batista (2010) que, a partir de Boff (2001), vislumbra a espiritualidade não como uma profissão de fé específica, ligada a uma doutrina que contenha rituais próprios, mas dizendo respeito à própria essência do ser humano. Nesta perspectiva, as religiões constituem uma construção do ser humano que trabalha com o divino, com o sagrado, numa via institucional, que pode ajudar a desenvolver a espiritualidade das pessoas. As religiões nasceram da espiritualidade, mas não são, em sua essência, o espiritual. A espiritualidade é uma dimensão de cada ser humano que costuma se revelar na capacidade de diálogo consigo mesmo e se traduzir em amor, em sensibilidade, compaixão, escuta ao outro, responsabilidade e cuidado como atitude fundamental.

Nas últimas décadas, assim como mencionado em relação ao Reiki, percebe-se um crescente interesse no meio acadêmico-científico por pesquisas relacionadas sobre o tema “espiritualidade e saúde”. Essa evolução foi periodicizada por Toniol (2015) em três marcos cronológicos: pré-1970, 1970-1990, pós-1990. No primeiro período, concentram-se os trabalhos de pesquisadores que estabeleceram categorias-chaves para a posterior inclusão da espiritualidade como indicador de saúde em pesquisas clínicas. Entre 1970 e 1990, destacou-se o livro “The relaxation response”, de Herbert Benson, cardiologista e professor de Harvard, que sistematizou uma década de pesquisas sobre a possibilidade de práticas meditativas controlarem processos químico-fisiológicos do corpo, mostrando que corpo e mente são mutuamente dependentes para a manutenção da saúde, o que fundamentou a criação de modelos

terapêuticos. Nesse período foi fundado o Mind/Body Medical Institute, que estimulou a formação de outros centros de pesquisa semelhantes nos Estados Unidos, incubadores de projetos e de investigações sobre o impacto da espiritualidade na saúde. Por último, o período pós-1990, é marcado por pesquisas cada vez mais diversas sobre a dimensão espiritual e o seu impacto na saúde. Apresentam-se testes clínicos que estabelecem relações entre o nível de espiritualidade dos sujeitos e as doenças ou a capacidade de recuperação que eles têm; e os que investem na elaboração de instrumentos capazes de captar o índice/grau de espiritualidade dos sujeitos pesquisados. Segundo o autor, o instrumento mais frequentemente utilizado é o WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde em 2002, com a colaboração de profissionais de 18 centros de pesquisa de diferentes continentes.

Toniol (2015, p. 126) identificou aspectos conclusivos comuns nas pesquisas recentes sobre espiritualidade e sua relação com a saúde entendendo que a espiritualidade não é tratada como uma característica eletiva, que as pessoas podem ou não possuir, mas trata-se de um elemento substancial, invariavelmente compartilhado entre todos. Com isso define que:

“1) Espiritualidade é uma dimensão orgânica do corpo, universalmente compartilhada, mas variável em seu grau de desenvolvimento. Tal sentença, que funciona como uma premissa dessas investigações, é também o princípio elementar das variadas definições do termo. 2) Espiritualidade faz bem para a saúde. 3) A dimensão espiritual incide tanto na saúde física como mental dos indivíduos. Isso é, espiritualidade tem a capacidade de transpassar as possíveis fronteiras entre essas “partes”, encarnando de modo emblemático o caráter holístico da saúde humana.”

Lewin (2006) discute as interconexões da mente com o corpo abrindo a possibilidade de que as ações integradas de equipes de saúde interdisciplinares atuem no sentido de promover a saúde e o bem-estar das pessoas como seres bio-psico-sócio-espirituais. Entende que considerar o ser humano do ponto de vista “holístico” não significa substituir a medicina convencional, porém considerar os aspectos espirituais de pacientes e de

profissionais da saúde no sentido de atuarmos como seres humanos do ponto de vista integral.

Destarte, algumas PIC como aquelas práticas contemplativas e que propiciam meditação, relaxamento e atenção plena (*mindfulness*) como, por exemplo, o Reiki, o Yoga e o Tai Chi Chuan, mostram de forma contundente possibilidades de interação mente-corpo já bem evidenciadas por estudos no campo da psicobiologia. Demonstram a influência dos aspectos psicológicos sobre a saúde e sobre as doenças, através da ação dos estados psíquicos sobre os sistemas nervoso, endócrino e imunológico. Da mesma forma, pesquisas com pacientes acometidos por resfriados, herpes, doenças autoimunes, Aids e câncer têm evidenciado que muitos parâmetros clínicos e o bem-estar dos pacientes melhoram quando estes apresentam atitudes positivas quanto à resolução de seus problemas como demonstram Dal-Farra e Geremia (2010). Sobre o ensino da espiritualidade em cursos da área da saúde encontramos em Dal-Farra e Geremia (2010) que resultados de recentes pesquisas demonstram que em 1992 apenas 2% das escolas de Medicina dos Estados Unidos ofereciam atividades relativas à espiritualidade, mas em 2014 elas já estavam presentes em 67% dos cursos. Em 2008, 100 entre 150 escolas médicas ofereciam alguma atividade ligada à espiritualidade em seus cursos, e em 75 destas 100 escolas a frequência a tais atividades tornou-se parte do programa regular de graduação. No entanto, no Brasil poucos instituições de ensino abordam a questão da espiritualidade. Gagliardi et al. (2010) apontam que a primeira instituição a oferecer um curso a respeito do assunto foi a Universidade de Santa Cecília, em Santos, São Paulo, em 2002. Entretanto, a primeira faculdade a promover a inserção do tema no currículo acadêmico foi a Universidade Federal do Ceará, somente em 2006. Posteriormente outras Instituições, como as Universidades Federais de São Paulo, Rio Grande do Norte e do Triângulo Mineiro, passaram a oferecer algum curso relacionado à espiritualidade como disciplinas optativas. A Universidade de Campinas (Unicamp) utilizou-se de seu curso de bioética para abordar o assunto.

Existem também grupos de pesquisa especializados em espiritualidade e saúde, como o PROSer (Programa de Saúde, Espiritualidade e Religiosidade) do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, o NUSE (Núcleo Universitário de Saúde e Espiritualidade) da Universidade Federal de São Paulo e o NUPES (Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde) da Universidade Federal de Juiz de Fora, destacando-se com grande parte das publicações relacionadas à medicina e espiritualidade no Brasil. A resistência na introdução de cursos e disciplinas de espiritualidade no currículo médico e dos demais cursos de saúde é, segundo Gagliardi et al, (2010),

decorrente da ausência de estudos nacionais sobre o assunto e do preconceito existente contra a coerção e o sectarismo religioso.

Entendemos que os profissionais de saúde, para lidarem com as necessidades de natureza espiritual e religiosa dos usuários, necessitariam um conhecimento com abordagem prático-teórica do tema, e que isso, poderia trazer-lhes benefícios significativos para a relação profissional com os usuários. Por mais que este não verbalizem estas questões espirituais e necessidades de um maior “autoconhecimento” (conhecimento de si) durante suas interações com os profissionais da saúde, acreditamos que estes aspectos fazem parte da natureza humana e estarão sempre presente em maior ou menor grau.

A razão, muitas vezes, é insuficiente para lidar com toda essa complexidade inerente ao “ser humano”, exigindo dos profissionais de saúde atitudes que envolvem também dimensões mais sutis, como a dimensão espiritual, expressa através da percepção dos sentidos (sensação), da sensibilidade dos sentimentos (emoção), como também do uso da intuição, como forma de avaliar e pressentir a forma de atuar em cada situação específica (VASCONCELOS, 2006).

1.2.3.7.2 O Reiki no SUS

O Reiki, já no ano de 2004 e segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2015), obteve condição de destaque entre as mais diversas PIC presentes na atenção primária em saúde. Seus praticantes e a literatura dirigida sobre o tema apresentam como um dos principais motivos para sua boa aceitação pela população a sua simplicidade de aprendizado, além dos benefícios proporcionados pela prática. Sobre essa questão da aceitabilidade da Motta e de Barros (2014) entendem que podemos atribuir isso a inúmeros motivos, dentre eles o fato desta prática/técnica não necessitar de procedimentos invasivos, ter raros registros de contraindicação, não necessitar de esforço físico e possibilitar uma prática de restabelecimento de energia de fácil e simples acesso.

Paula Babenko (2004), em dissertação de mestrado, fez uma avaliação do Reiki como uma PIC na cidade de Campinas no estado de São Paulo. Segundo a autora constatou já naquela ocasião, parecia ocorrer uma reestruturação dos serviços de saúde, principalmente na área da psicologia e da enfermagem, onde passam a empregar o Reiki na assistência à saúde.

A presença do Reiki em serviços de saúde, em nosso entendimento, facilitaria a socialização dessa prática e articularia a produção de serviços de saúde com a rede de praticantes de Reiki. No entanto, uma das grandes questões dificultadoras para a implementação no SUS das PIC como o

Reiki ainda reside na carência de profissionais da rede de atenção a saúde capacitados para praticar e ensinar esta PIC além da falta de direcionamento de investimentos mínimos para sua implantação. Um dos agravantes para esse fato parece estar relacionado ao âmbito do ensino-serviço, pois a maioria das PIC ainda não está inserida nos currículos dos cursos profissionalizantes da área da saúde, ficando a oferta destas práticas geralmente restritas a unidades de saúde com profissionais praticantes que buscaram de maneira autônoma sua capacitação, o que foi observado, por exemplo, por Salles (2008) em relação à homeopatia.

1.2.3.7.3 O Reiki no Projeto Amanhecer - HU/UFSC

Acreditamos que a institucionalização das PIC no SUS conforme discutido e problematizado anteriormente, depende não apenas de uma validação “científica” dessas práticas, mas também da incorporação desses conhecimentos popularmente e cientificamente validados aos currículos dos cursos técnicos e superiores da área da saúde. Além disso, espera-se uma melhor divulgação e informação dos conhecimentos básicos das PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Ainda que hoje exista uma política nacional versando sobre o tema (PNPIC), reconhecemos a sua insuficiência para a implementação e investimentos financeiros para fomentar as iniciativas de PIC nos serviços de saúde. No cenário de institucionalização das PIC situamos o Projeto Amanhecer/HU/UFSC(2015), que, desde sua fundação em 1996, tem oferecido gratuitamente à comunidade universitária terapias integrativas e complementares.

Nestes quase 20 anos de atividades, tem estimulado a prática das PIC em diversas abordagens, inclusive o Reiki. Profissionais de saúde, alunos e membros da comunidade acadêmica estão entre os usuários das práticas oferecidas pelo projeto, que também contempla vagas para usuários externos. Tal projeto de extensão está localizado e vinculado ao Núcleo de Capacitação Técnica do HU/UFSC. Foi concebido com o objetivo de atender os trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário da UFSC sendo intitulado na época “*Cuidando de quem cuida*”, sendo depois ampliado.

Podemos caracterizar o Projeto Amanhecer como uma organização dirigida nos moldes da Gestão Social, conforme os resultados da pesquisa de Mallmann, Gaio & Silva (2011). A partir de 2004, os atendimentos que até então eram restritos aos funcionários do HU foram estendidos a toda comunidade universitária. Atualmente, são realizados em média 5.000 atendimentos por ano envolvendo variadas PIC.

Com relação à prática do Reiki no Projeto Amanhecer, é importante ressaltar que a mesma existe desde a sua fundação, em 1996, e que são oferecidos gratuitamente atendimentos individuais e coletivos abertos ao público interno e externo a UFSC, além da realização de seminários de iniciação de Reiki Nível I, II e III por Mestres de Reiki voluntários. Neste estudo investigamos a experiência de profissionais do SUS de Florianópolis recentemente iniciados na prática de Reiki por meio de seminários oferecidos pelo Projeto Amanhecer.

Conforme vimos, pesquisas sobre o Reiki têm indicado que o mesmo propicia benefícios para a saúde, o que gradativamente tem possibilitado aos gestores públicos melhores condições para a participação nas discussões nacionais e internacionais sobre as PIC e sua inserção nos serviços e sistemas de saúde, viabilizando assim estas práticas aos usuários do SUS.

Mesmo assim, constatamos na literatura científica uma carência de estudos investigando de que forma ou como a prática do Reiki por profissionais de saúde contribui para sua saúde e vida, no sentido de uma melhor gestão do cuidado, de seu bem-estar e qualidade de vida, e nem como o Reiki influencia ou é aplicado no cuidado do outro (heterocuidado), incluindo-se aqui a prática profissional nos serviços em que atuam.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a experiência de profissionais do SUS de Florianópolis recém-iniciados em Reiki.

2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos deste estudo foram:

Analisar as razões, motivações e expectativas dos participantes para inscreverem-se nos Seminários de Iniciação em Reiki.

Analisar os significados que a prática do Reiki tem para os participantes.

Descrever os efeitos que os participantes atribuem à prática do Reiki e os benefícios advindos no seu cuidado pessoal e dos outros.

Analisar a relação dessa experiência dos participantes com o cuidado à sua própria saúde e com a dos usuários do serviço em que atuam.

3 MÉTODO

Este é um estudo observacional descritivo de natureza qualitativa, em que analisamos as experiências vividas por profissionais de saúde recém-iniciados em Reiki.

Para Boyd (1993), a tensão entre a ciência e a prática serve como um primeiro ímpeto para a investigação qualitativa na área da saúde. Afirma que o aumento crescente do desenvolvimento de pesquisas com esta abordagem, entre os investigadores da área da saúde, representa uma reação contra a perspectiva dominante da subjetividade e da natureza da realidade que é estabelecida como premissa da tradição positivista. Segundo a autora, esta reação é dirigida contra o foco que é posto na realidade externa, na existência de aspectos independentes ao sujeito que as vivencia.

Na metodologia qualitativa objetiva-se uma abordagem holística das questões e um reconhecimento de que as realidades humanas são complexas, mantendo o foco na experiência humana. As estratégias de pesquisa escolhidas geralmente mantêm uma relação direta com os sujeitos nos contextos onde estes geralmente se encontram. Existe tipicamente um alto nível de envolvimento do pesquisador com os sujeitos. Os dados produzidos fornecem uma descrição, usualmente narrativa, das pessoas vivendo através de acontecimentos em situação.

Segundo Minayo (2016), a metodologia inclui a articulação entre a teoria, os métodos e as técnicas empregados na investigação da pesquisa. Portanto a escolha destes últimos deve estar em consonância com o objeto de investigação e responder aos pressupostos teóricos que fundamentam as noções de ciência e da pesquisa. A opção em captar os dados acerca do objeto de estudo a partir da experiência relatada pelas pessoas, das relações de vida, das crenças, das percepções e das opiniões dos sujeitos que vivenciam o fenômeno, é fundamental para apreensão dos elementos que tragam respostas aos nossos questionamentos.

Consideramos as metodologias qualitativas as mais adequadas para atingir nossos objetivos. A riqueza desses estudos está na descrição da experiência individual dos participantes. Estudos como os realizados por Richenson et al. (2010) sobre o desenvolvimento da consciência de autocuidado por parte dos participantes que receberam imposição de mãos através do Reiki, indicam que essa abordagem pode revelar achados de pesquisa dificilmente demonstráveis por dados quantitativos.

Nesta pesquisa, a coleta de dados foi dividida em duas partes: a primeira com perguntas fechadas com dados de identificação para traçar o perfil dos informantes, sendo que estas foram aproveitadas do formulário de pré-inscrição dos seminários de Reiki (Figura 10-11). Nesse momento

os candidatos a participarem do seminário também responderam a seguinte pergunta: “Quais motivos levaram a buscar a formação em Reiki?”.

A principal técnica utilizada para a coleta de dados foram as entrevistas individuais. Segundo Dyniewicz (2009), as entrevistas têm por finalidade obter informações verbais de sujeitos investigados. Seus objetivos são: atender os propósitos da pesquisa; auxiliar, como roteiro, na coleta de dados; e ajudar e motivar o entrevistado podendo ser classificadas em estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas.

Assim, na segunda parte da pesquisa optou-se pelo modelo de “entrevista semiestruturada”, conduzindo-a com uma orientação não diretiva e buscando desenvolvê-la com o que emergiu do momento sem um plano bem estabelecido, mas sem perder a interação direta com os objetivos da investigação. Buscou-se nessa opção realizar uma investigação sem que necessariamente se conheça antecipadamente o grau de informações dos entrevistados sobre os temas trazidos.

Para tanto, houve uma mesma “questão norteadora central” relacionada ao tema da pesquisa que serviu para auxiliar na condução das entrevistas individuais conforme segue: *Como se deu sua experiência com o Reiki, no seu cuidado pessoal e dos outros após o seminário de iniciação?*

Além disso, perguntas complementares relacionadas a questão norteadora central foram elaboradas em forma de roteiro e serviram de auxílio ao entrevistador, como disparadores do diálogo. Quando houve necessidade, estas questões foram reutilizadas verbalmente no decorrer das entrevistas. Assim, os participantes foram convidados a responder através do seu próprio conjunto de referências, as seguintes questões:

Você poderia apresentar-se? Informar que achar relevante sua vida pessoal e profissional?

Você tinha algum conhecimento ou contato com o Reiki antes desse seminário?

Como foi esse contato? O que significou para você?

Porque você inscreveu-se no seminário? (Quais suas razões, motivos para participar)

Quais eram suas expectativas ao se inscrever sobre a sua participação no seminário?

O que você achou do processo de iniciação e da metodologia do seminário?

Relate como foi sua experiência pessoal?

Agora o que significa o Reiki para você? Como funciona?

Relaciona o Reiki a questões de religiosidade e espiritualidade?

Por que? Como?

Percebe algum benefício advindo da prática de Reiki no “cuidado pessoal” e no “cuidado dos outros”? (se percebe benefícios, a que atribui os mesmos?)

Qual a relação da sua experiência agora como praticante de Reiki com o cuidado à sua saúde própria e com a dos usuários do serviço em que atuam?

Como você vê a prática do Reiki no SUS?

Antes do contato com os participantes do estudo, o projeto de pesquisa foi devidamente protocolado e autorizado pelo Serviço de Apoio das Diretorias (Secretaria) do Hospital Universitário/UFSC (Figura 12) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (Figura 13). Foram convidados a participar da pesquisa voluntariamente e servindo como *critério de inclusão* todos os 29 (vinte e nove) profissionais de saúde vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e ao Hospital Universitário da UFSC que participaram dos 3 (três) seminários de iniciação no método Reiki Nível I oferecidos e coordenados pelo Projeto Amanhecer - HU/UFSC no segundo semestre de 2015.

A divulgação dos seminários foi realizada pelo Projeto Amanhecer HU/UFSC no mês de Junho/2015 através de contato por telefone e envio de material por email com link de acesso para inscrição online e banner com as informações conforme Figura 2.

Figura 2 – Material de divulgação dos Seminários de Reiki para profissionais do SUS Florianópolis

REIKI NO SUS

VAGAS GRATUITAS PARA INICIAÇÃO EM REIKI
POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NO
SUS DE FLORIANÓPOLIS



INSCRIÇÕES
Clique no link abaixo
<http://goo.gl/forms/YVqu80OVCd>

O Reiki é considerado uma Prática Integrativa e Complementar em Saúde que já no ano de 2004 obteve condição de destaque na atenção primária do SUS segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil.

Nos últimos anos diversas pesquisas científicas realizadas no Brasil e no exterior tem evidenciado os benefícios da prática de Reiki em relação a promoção a saúde, bem estar e como coadjuvante aos tratamentos médicos convencionais.

Nesse sentido, e objetivando ampliar o acesso do aprendizado e pratica do Reiki na esfera da saúde pública o Projeto Amanhecer do HU/UFSC oferece gratuitamente formação inicial em Reiki para profissionais de saúde que atuam no SUS no Município de Florianópolis.

PÚBLICO ALVO
Profissionais de saúde do HU/UFSC e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, vinculados ao Sistema Único de Saúde.



DATA DE REALIZAÇÃO
O seminários serão realizados em fins de semana(sábados) entre os meses de Agosto a Setembro de 2015

CARGA-HORÁRIA: 08(oito) horas

CERTIFICAÇÃO: Será fornecido certificado de participação pelo Projeto Amanhecer

REALIZAÇÃO: Projeto Amanhecer / <http://www.hu.ufsc.br/setores/projeto-amanhecer>

No HU/UFSC a divulgação foi feita através da homepage oficial do hospital e também através do departamento de pessoal que encaminhou e-mail aos funcionários. Na PMF/Secretaria de Saúde de Florianópolis o encaminhamento deu-se através da CPIC - Comissão de Práticas Integrativas, que repassou para o departamento de pessoal repassar as coordenações de unidades de saúde.

Os seminários foram oferecidos gratuitamente e tiveram carga horária de 08 horas, sendo realizados nos dias 29 de agosto de 2015 e 12 e 13 de Setembro de 2015, durante os finais de semana, das 09:00 horas as 19:00 horas. Cada seminário era coordenado por um Mestre Usui Reiki Ryoho Tradicional devidamente habilitado e com comprovada experiência mínima de 3 anos de prática no método Reiki e realização de 10 Seminários de formação de Reiki Nível I, e/ou, 25 praticantes

formados, ou de acordo com critérios próprios estabelecidos pelo Projeto Amanhecer (os mesmos eram atuantes nesse projeto). Ao todo foram oferecidas 36 vagas, no entanto e ao final, por decisão da organização, precisou-se efetuar sorteio para seleção, haja vista que houve 49 pré-inscritos. O sorteio foi realizado de forma aleatória (cada candidato recebeu um número) sendo este pré-divulgado aos interessados e com data definida aos pré-inscritos que poderiam assisti-lo presencialmente na secretaria do Projeto Amanhecer - HU/UFSC. Ao final do processo seletivo foram contactados os selecionados para efetivar o processo de inscrição. Dos 36 inscritos apenas 29 compareceram aos seminários. Ao final foi fornecido certificado de participação pelo Projeto Amanhecer.

Importante salientar que todos os 29 (vinte e nove) inscritos que compareceram aos seminários foram convidados a participar da pesquisa, mas apenas 21 (vinte e um) profissionais concordaram, ou tiveram condições de participar da pesquisa, sendo que os demais 8 (oito) foram descartados (alegaram dificuldades de disponibilização de tempo ou problemas pessoais). No momento da inscrição os até então “candidatos a vaga” forneceram informações a respeito das expectativas e motivos pelas quais haviam se interessado em participar dos seminários conforme formulário de inscrição (Anexo E). Esta informação foi utilizada posteriormente para auxiliar na coleta e análise dos dados, fazendo parte do corpo textual de cada entrevista. O Projeto Amanhecer HU/UFSC autorizou o fornecimento da ficha de inscrição e relação dos inscritos ao pesquisador, que, em seguida, entrou em contato por e-mail e telefone com os potenciais participantes da pesquisa (isso foi autorizado pelos pré-inscritos no seminário, que, no momento da inscrição, indicaram em campo próprio do formulário que caso fossem selecionados, teriam interesse em colaborar nesta pesquisa).

3.1 Coleta de dados

As entrevistas ocorreram entre os meses de Janeiro e Fevereiro de 2016, totalizando um tempo (em dias) mínimo de 150, médio de 165 e máximo de 180 dias em relação a data de realização dos seminários de iniciação. Foram realizadas em local adequado (sala fechada) nas dependências do Projeto Amanhecer/HU/UFSC. Conforme previsto, locais alternativos para realização das entrevistas podiam ser negociados entre entrevistador e entrevistado de maneira a facilitar a viabilidade da mesma. Assim, houve necessidade em alguns casos de deslocar-se até o local de trabalho de alguns participantes da pesquisa a pedido destes, mas de maneira que não houve prejuízo a qualidade da investigação.

As entrevistas individuais foram previamente agendadas em horários fora do expediente de trabalho dos profissionais, assegurando a sua privacidade e integridade funcional. Tiveram duração de 30 a 60 minutos, tendo uma duração média de 45 minutos.

3.1.1 Organização dos dados, análise e apresentação dos resultados

A organização dos dados teve início com o tratamento dos áudios oriundos das entrevistas semiestruturadas, sendo que estes foram captados com auxílio de um gravador eletrônico acoplado ao telefone móvel da Marca Samsung - Modelo S3. Posteriormente os arquivos foram transformados para o formato MP3 e transcritos com auxílio do Software de transcrição Express Scribe.

Posteriormente, iniciou-se a organização e análise dos dados com auxílio do programa MAXQDA Standard 12 (software de pesquisa profissional para pesquisa de métodos qualitativos, quantitativos e mistos). Em seguida foi realizada a caracterização dos participantes com a elaboração de uma tabela com nome, sexo, idade, profissão, empregador, vínculo e unidade. Nesse momento os participantes foram identificados por “nomes fictícios/pseudônimos” para preservar a identidade dos mesmos. Após a caracterização dos participantes o corpo textual de cada entrevista transcrita foi transformado em documento/arquivo de análise separado no MAXQDA.

Em seguida, a análise dos dados foi iniciada utilizando-se da técnica de “*análise de conteúdo*” para interpretação das informações. Para Bardin (1977, p.42), a análise de conteúdo pode ser definida como um:

“...conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.”

Bardin(1977, p.9) ainda enfatiza que este tipo de análise pode ser aplicada a discursos extremamente diversificados: “enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre dois pólos: do rigor da objetividade à fecundidade da subjetividade”. O autor destaca que para atingir de maneira mais precisa os significados manifestos e latentes trazidos pelos sujeitos utiliza-se a análise de conteúdo temática, pois segundo esta é a forma que melhor atende à investigação qualitativa do

material referente a saúde, uma vez que a noção de tema refere-se a uma afirmação a respeito de determinado assunto.

“Tema” segundo Bardin (2009) pode ser visto como a *unidade de significação* que naturalmente emerge de um texto analisado, respeitando os critérios relativos à teoria que serve de guia para esta leitura. Análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

Procurou-se durante toda a análise dos dados a divisão e execução das três etapas principais para a efetivação da técnica de análise de conteúdo conforme preconizado por Bardin(2009):

1^a) *A pré-análise*: trata do esquema de trabalho, envolve os primeiros contatos com os documentos de análise, a formulação de objetivos, definição dos procedimentos a serem seguidos e a preparação formal do material. Voltamos às hipóteses e aos objetivos do princípio da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final sendo repartida em três tarefas (BARDIN, 2009): constituição do corpus, leitura flutuante e reformulação de hipóteses e objetivos. Constituição do corpus: organização do material objetivando responder a algumas normas de validade: exaustividade (ver se todos os aspectos do roteiro devem ser contemplados, deve-se esgotar a totalidade do texto); representatividade (que represente de forma fidedigna o universo estudado); homogeneidade (deve obedecer com precisão aos temas) e pertinência (os conteúdos devem ser adequados aos objetivos do trabalho) (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007). A leitura flutuante implica no contato exaustivo com o material para conhecer seu conteúdo (MINAYO, 2007). Flutuante é um termo analógico a atitude do psicanalista, fazendo que a leitura pouco a pouco se torna mais precisa, em função de hipóteses, e das teorias que sustentam o material. (BARDIN, 2009). Reformulação de hipóteses e objetivos: define-se a unidade de registro (palavra ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (MINAYO, 2007).

2^a) *A exploração do material*: corresponde ao cumprimento das decisões anteriormente tomadas, isto é, a leitura de documentos, categorização, entre outros.(BARDIN, 2007). Nesta fase da análise ocorreu o processo de codificação e categorização envolvendo sucessivas leituras do material transcrito a partir das quais foram delineados um conjunto de elementos de análise. Na sequência realizou-se comparações

de aspectos semelhantes e diferenciais entre todos os elementos permitindo com isso a construção das subcategorias e categorias.

Segundo Franco (2012, p. 64), não existem fórmulas mágicas para o estabelecimento das categorias. Para a autora:

“...para a elaboração das categorias existem dois caminhos possíveis a serem seguidos: 1. *Categorias criadas a priori*: quando elas e seus respectivos indicadores são predeterminadamente criadas em função de uma busca específica do investigador; e 2. *Categorias não são criadas a priori*: nesse caso elas emergem da fala, do discurso, do conteúdo, das respostas e implicam constante ida e volta do material de análise à teoria.”

Nosso processo de categorização e construção do quadro de análise veio percorrendo esses dois caminhos conjuntamente. Inicialmente partimos de um quadro conceitual referencial *a priori* relacionado a temática da pesquisa, seus objetivos e questões norteadoras. Posteriormente e na medida que evoluiu a análise de conteúdo, as categorias iam-se mesclando e moldando na medida que emergiam novas falas e elementos de análise.

As categorias e subcategorias foram divididas de acordo com temas relativos a alguns objetivos específicos, correspondentes a questões iniciais das entrevistas, relativas ao “antes” e ao “durante e depois” da iniciação dos entrevistados nos seminários de Reiki (respostas às perguntas sobre as experiências prévias, motivações e expectativas foram aglutinadas, já que diziam respeito ao antes da iniciação). O MAXQDA possibilitou o estabelecimento de conexões e organização da grande quantidade de informações levantadas nessa fase do estudo. O quadro esquemático a seguir (Figura 3) apresenta as categorias, subcategorias e elementos de análise resultantes dessa etapa:

Figura 3 – Categorias, subcategorias e elementos de análise

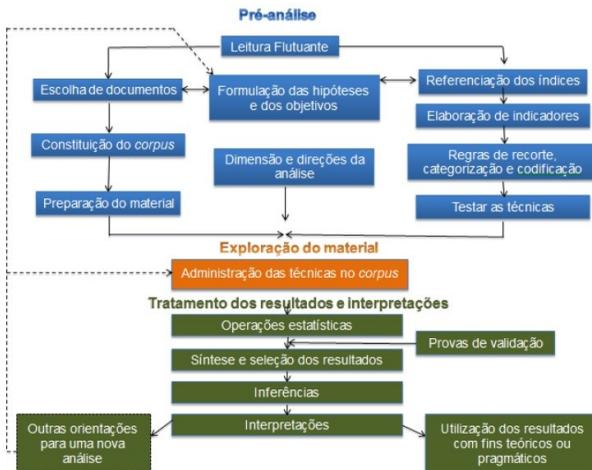
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
MOTIVAÇÕES NAS INSCRIÇÕES	Não houveram subcategorias	Utilizar na prática profissional(no SUS principalmente) Buscar algo que supere os limites do atual modelo médico e de cuidado Utilizar no cuidado dos outros Ampliar conhecimento sobre o tema Afinidades com vitalismo, holismo e outras PIC Exatidão de outras PIC na APS de Florianópolis Benefícios prévios obtidos com Reiki Utilizar no cuidado pessoal Boas referências de terceiros
	Com outras Práticas Integrativas e Complementares	Fora do SUS No SUS Durante a formação acadêmica Conhecimento superficial/relato de terceiros Experiência pessoal positiva fora do SUS Durante a formação acadêmica
EXPERIÊNCIA PRÉVIA	Com o Reiki	No SUS Aprender e fazer nos outros Espera de acontecimento transformador/experiência mística Aquisição de um conhecimento prático-teórico Momento de descobrir-se/ despertar Aprendizado prático e rápido Bom custo-benefício Ampliar e dar continuidade ao ensino do Reiki Atendeu as expectativas Surpreendente
EXPECTATIVAS DOS SEMINÁRIOS	Não houveram subcategorias	Inovadora Sugestão de regularidade, aprofundamento e regularidade de aprendizado Equilíbrio entre a teoria e prática Conteúdo bem explorado Produtiva Instituir capacitado e de qualidade Didática satisfatória Possibilitou transformação e reflexão Possibilitou algo interno Trouxe efeitos positivos na saúde física e mental Sensação de bem estar e relaxamento Ampliou contato e a compreensão do Reiki Ampliou relações interpessoais/estimulou a interdisciplinaridade Supere as expectativas
EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO NOS SEMINÁRIOS	Sobre o seminário	Ciência/razão possui limitações para entender o Reiki Pesquisas são necessárias para melhorar a aceitabilidade social e institucional Faltam estudos de casos práticos de aplicação do Reiki no SUS Necessita tempo e disciplina para a prática, principalmente no começo Fácil de aprender Aparece atrelado às filosofias/crenças/religiões dos participantes e à espiritualidade Esta relacionada ao equilíbrio energético da pessoa Poder da mente sobre o corpo/mente Através da prática da filosofia do Reiki Raciocínio e entendimentos que ajuda a fazer efeitos Reiki não precisa cuidar-se para poder funcionar Precisa estar bem consigo mesmo para poder ajudar Melhora do sono e da saúde mental Necessário aprender mais e conhecer melhor para ajudar Análise fisiológicas Como filosofia e estilo de vida Melhora nos relacionamentos interpessoais Melhora mal estar geral Conexão especial com o campo/corpo das outras pessoas Pratique em familiares conhecidos para ganhar confiança Não pratique com outras pessoas Melhora no sono e na saúde mental Melhores doses crônicas e na saúde física Proporcionar equilíbrio energético Melhorar a qualidade de vida Autonomia por poder se autopraticar em si mesmo Como filosofia e estilo de vida Possibilita autoconhecimento Auxílio para os transtornos psicossomáticos/saúde mental Importante capacitar os usuários para praticar Reiki Organizar trabalhos em grupo que atingem mais pessoas Melhorar questões de vínculo entre profissional x usuário Haverem bastantes usuários interessados Possibilita autonomia e autocuidado Desmedicalização e redução do uso de medicamentos allopáticos Importante começar pelos profissionais e depois os usuários Desenvolve o autocontrole Possibilita autonomia e autocuidado Melhora do sono e da saúde mental Melhora questões de dor/saúde física Dificuldade de tempo (principalmente) e espaço de praticar nos locais de trabalho Pouco conhecimento e ausência da prática, mas otimista quanto a Possível através dos grupos APA e NASP que são uma via de inserção do Reiki na APS Necessita incluir na formação e a ampliar as capacidades para ampliar o acesso Deixa implementar em breve Ceticismo (médico/hospitalar) e modelo biomédico ainda são fortes Feito com voluntários/profissionais de fora do SUS Algumas profissões dão mais abertura e condições que outras Usuários estão mais abertos e demandam pelas PICs Reconhecimento institucional do SUS é importante
	Experiência pessoal	
SIGNIFICADOS E FUNDAMENTOS	Relação com a ciência	
	Significados sobre a prática	
EFETOS	Funcionamento e mecanismo de ação	
	Efeitos atribuídos no cuidado dos outros	
REIKI NO SUS	Efeitos atribuídos no cuidado pessoal	
	No cuidado dos usuários	
REIKI NO SUS	No cuidado pessoal	
	Reconhecimento, acesso e implementação	

3ª) *O tratamento dos resultados* – Os resultados brutos, ou seja, as categorias que foram utilizadas e criadas como unidades de análise foram discutidas e realizadas inferências e interpretações a partir do quadro conceitual de referência (BARDIN, 2009).

Nessa fase da análise de conteúdo buscamos descobrir o que esteve por trás do imediatamente apreendido na identificação dos sentidos e significados (nesse caso, relativos a experiência com a iniciação e prática do Reiki vividos pelos profissionais do SUS).

O quadro esquemático a seguir(Figura 4) ilustra o desenvolvimento das fases de análise de conteúdo segundo Bardin:

Figura 4 – Etapas da análise de conteúdo de Bardin



Fonte: Bardin(2009)

3.2 Aspectos Éticos

Foram cumpridos todos os requisitos éticos previstos pela legislação vigente de acordo com a Resolução N° 466/13 do CONEP/CNS sendo a pesquisa aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer N° 1.249.436 de 29/09/2015(Figura 14-18). Apresentou baixo risco para os participantes, já que não implicou em intervenções além da realização de entrevistas e observação dos seminários de iniciação. Todos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(Figura 8-9), elaborado de maneira a possibilitar a compreensão da pesquisa, em duas vias rubricadas em todas as páginas e assinadas, ao seu término, pelo participante e pelo pesquisador com as assinaturas na mesma folha. O participante da pesquisa recebeu uma das vias assinadas. Não foram oferecidos aos participantes da pesquisa benefícios ou acompanhamentos posteriores ao encerramento/interrupção da mesma. Não houve nenhum dano eventual que requeresse indenização pelo pesquisador. Foi garantido anonimato dos participantes da pesquisa quando da citação de trechos de suas falas correspondentes.

A entrevista aconteceu nos termos do participante, evitando-se no decorrer desta a emissão de juízo de valor a respeito dos pontos de vista do entrevistado. Buscou-se identificar quando a entrevista se tornou invasiva, e evitar-se que ela continuasse desta maneira. Foram considerados alguns aspectos cruciais para assegurar a autenticidade. O pesquisador pode confirmar sua própria interpretação sobre o que o participante disse perguntando a ele. Os participantes puderam fazer correções e/ou adicionar informações. Esse planejamento permitiu que o pesquisador percebesse seu próprio ponto de vista e deu suporte aos participantes para que estes pudessem manifestar-se a sua própria maneira.

O pesquisador estava ciente das emoções complexas e contraditórias que podiam emergir durante a entrevista, devido à evocação de memórias, sentimentos e situações que as profissionais teriam colocado de lado. No local da maioria das entrevistas (Projeto Amanhecer/UFSC) foram usados consultórios para as entrevistas, e havia sala de descanso com sofá, bebedor com água mineral, chás, lenços de papel. Quando as entrevistas ocorreram nas unidades de saúde que os profissionais trabalhavam o pesquisador providenciou água e lenços de papel. Não houve interrupção das entrevistas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa serão apresentados por meio de um artigo científico, conforme previsto pelo regulamento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, e já formatados nas normas da revista Saúde, Trabalho e Educação.

ARTIGO: O Reiki nas práticas de cuidado de profissionais do Sistema Único de Saúde

RESUMO

Este estudo objetivou analisar a experiência de 21 profissionais de saúde do Sistema único de Saúde (SUS) que realizaram iniciação em Reiki nível I, quanto ao uso e significado do Reiki no cuidado pessoal e dos outros, na perspectiva da autoatenção, de Menendez. A coleta dos dados consistiu em entrevistas semiestruturadas em Jan-Fev/2016, poucos meses após a iniciação, transcritas e analisadas por análise de conteúdo temática, no software MAXQDA Standard 12. Os participantes eram na maioria jovens, enfermeiros, do sexo feminino e atuantes na atenção primária. Relataram ter praticado Reiki para si mesmo e vários em familiares e que a prática contribuiu para o seu cuidado pessoal com bons resultados na saúde física, mental, bem-estar e autoconhecimento. Os profissionais entenderam o Reiki como prática complementar ou alternativa para (re)equilíbrio ‘energético’, de caráter holista e espiritualista, e foram otimistas quanto a sua oferta aos usuários do SUS, principalmente na atenção primária à saúde e em abordagens coletivas, incluindo a possibilidade de capacitação dos usuários, embora bem poucos (três) tenham neles praticado, devido a dificuldades de tempo e espaço. Novas pesquisas são necessárias para elucidar as formas de inserção do Reiki no cuidado de profissionais e usuários do SUS.

Palavras-chave: Reiki, Atenção primária à saúde, Terapias complementares, Saúde Pública, cuidado

ABSTRACT

This study aimed to analyze the experience of 21 health professionals from Health Unic System (SUS) who undertook Reiki level I initiation regarding the use and meaning of Reiki in personal and other care, from Menendez’s perspective of self - care. Data collection consisted of semi-structured interviews in Jan-Feb / 2016, a few months after initiation, transcribed and analyzed by thematic content analysis, in the MAXQDA Standard 12 software. Participants were mostly young, female,

in primary care. Reported to have practiced Reiki for himself and several in family and that practice contributed to his personal care with good results in physical, mental health, well-being and self-knowledge. Practitioners understood Reiki as a complementary or alternative practice for 'energetic' balance, of a holistic and spiritualistic nature, and were optimistic about their offer to SUS users, mainly in primary health care and in collective approaches, including possibility of training of users, although very few (three) have practiced them, due to difficulties of time and space. New research is needed to elucidate ways of inserting Reiki into the care of professionals and users of SUS.

Keywords: Reiki, Primary health care, Complementary therapies, Public health, care

INTRODUÇÃO

O Reiki é uma prática oriunda do Japão no início do Século XX, que utiliza como um dos seus principais instrumentos a imposição das mãos nas superfícies corporais ou próximo delas como forma de equilíbrio energético para si ou nos outros (OLIVEIRA, 2003). O toque no Reiki é realizado suavemente ou a uma curta distância do corpo da pessoa/parte receptora, incluindo a possibilidade de ser realizado à distância, sem haver necessidade da presença física do receptor (pessoa, planta, animal). No método Reiki Tradicional Usui, abordado neste estudo, os praticantes são orientados a seguir um conjunto de princípios e valores de vida/conduta, de acordo com a tradição, passado de mestre para iniciado. Os praticantes afirmam serem canais para a transmissão do que eles chamam de “Energia Vital Universal” para as zonas mais necessitadas do receptor, contribuindo para que este alcance um estado de equilíbrio/harmonização energética com reflexos positivos nas esferas físicas, mentais e espirituais daquele que o recebe (PETTER, 2013).

Esta prática foi incluída recentemente como uma prática integrativa e complementar (PIC) pelo Ministério da Saúde do Brasil (Portaria 145/2017), sendo reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (2013) e classificado pelo NCCIH - National Center for Complementary and Integrative Health dos Estados Unidos da América, como uma medicina energética (2017). Em levantamento realizado em 2004, o Reiki foi considerado a PIC mais presente no Sistema Único de Saúde - SUS, obtendo condição de destaque entre diversas PIC na atenção primária à saúde (APS) (BRASIL, 2015).

A comunidade científica vem demonstrando interesse crescente pelo Reiki, sendo que nos últimos anos pesquisas realizadas no Brasil e no mundo tem evidenciado os seus benefícios em relação ao cuidado e a saúde humana. Muitos desses estudos como os de Cordeiro (2016),

Oliveira et al. (2016) e Oliveira (2013) têm destacado seu uso no apoio à gestão do estresse e ansiedade, podendo vir a ser utilizado como tratamento coadjuvante para enfermidades ocupacionais, como a Síndrome de Burnout (Diaz-Rodriguez et al, 2011; Souza et al, 2000).

O Reiki é comumente conectado com a questão da espiritualidade e religiosidade, sendo importante uma diferenciação entre ambas, pois segundo Dal-Farra e Geremia(2010) os seus limites conceituais não são bem definidos, podendo causar desentendimentos. Para Toniol (2015), a espiritualidade vem sendo considerada uma dimensão inerente a todos os humanos, distinta e incluída ou não em uma religião, esta entendida como prática institucionalizada de um sistema de crenças, rituais e símbolos, compartilhada por um grupo. O Reiki no contexto da atenção a saúde pode servir como uma ferramenta para que os profissionais de saúde possam lidar com as necessidades de natureza espiritual dos usuários. Por mais que este não verbalizem questões espirituais e necessidades de um maior autoconhecimento durante suas interações com os profissionais, estes aspectos fazem parte da natureza humana e estarão sempre presente em maior ou menor grau no cuidado profissional.

A institucionalização das PIC no SUS gradativamente tem possibilitado aos gestores públicos melhores condições para sua inserção nos serviços de saúde. Contudo consideramos que o Reiki ainda não está presente suficientemente no ensino e nos serviços de saúde, o que pode ser compreendido por esta técnica não estar alinhada com as concepções da biomedicina hegemônica. A oferta das PIC geralmente é restrita a unidades de saúde com profissionais praticantes que buscaram de maneira autônoma sua capacitação, o que foi observado, por exemplo, em relação à homeopatia (SALLES, 2008).

Usamos neste estudo como referência conceitual para abordagem da prática de Reiki algumas conceituações e tipos de ‘cuidado’, visto que, e segundo Silva (2014) muitas vezes, seu significado é mutável de acordo com os encontros dos sujeitos. Estendemos a perspectiva ético-pragmática da caixa de ferramentas de Merhy (2004) às dimensões conceituais associadas aos cuidados e algumas de suas formas de realização e agentes. O conceito de autoatenção, discutido por Menendez(1998), busca recuperar os significados e as práticas que os conjuntos sociais atribuem a seus padecimentos, problemas de saúde e sentimentos, incluindo os cuidados realizados pelas pessoas para si e entre si autonomamente. Reconhece a existência de múltiplos sistemas e práticas terapêuticas que efetivamente existem (incluindo o Reiki) e vem sendo acessados em franca expansão, independentemente da aceitação do modelo médico vigente (GARNELO e LANGDON, 2005). Menendez (1998) entende que a busca de monopólio do exercício dos cuidados em saúde-doença ou da referência

epistemológica para os mesmos não encontra correspondência nas práticas cotidianas dos usuários, que costumam lançar mão de pluralidades terapêuticas, envolvendo práticas, saberes e agentes de suas próprias redes de relações sociais, em contextos de solidariedade entre pares (MENENDEZ, 1998).

O autocuidado é um termo muito usado na APS e na área da saúde, sobretudo em condições crônicas. Garnelo e Langdon (2005) e Menendez (2003) referem-se a ele como o cuidado realizado pelo indivíduo para si mesmo, orientado pelo saber científico ou profissional (sendo, assim, uma parte restrita da autoatenção). Segundo Silva (2014), em algumas vertentes e ambientes, o autocuidado engloba todos os cuidados voltadas para si mesmo. A prática do Reiki pode, por hipótese, desempenhar um papel no desenvolvimento da consciência de autocuidado pois inicialmente para se aplicar Reiki em outras pessoas é necessário passar por um processo que os praticantes consideram ser de “purificação energética” de 21 dias, recomendado na iniciação. Isso induz ou ao menos facilita ao praticante de Reiki desenvolver em alguma medida essa consciência, que pode se disseminar ao seu redor, criando, assim, de maneira sutil, uma consciência de autocuidado. As técnicas de imposição de mãos envolvem a noção de autocuidado e autoatenção, e o Reiki, por implicar a auto-aplicação, para poder ser aplicado em outras pessoas, estimula, assim, que o terapeuta se cuide antes de poder cuidar do outro (MOTTA e BARROS, 2015).

Nesse sentido, PIC como o Reiki contribuem para a realização de um cuidado humanizador, pela diversidade de suas técnicas e saberes, além de seus valores e concepções. No âmbito do SUS, essas temáticas foram orientadas e apoiadas por políticas institucionais do Ministério da Saúde do Brasil como a PNH – Política Nacional de Humanização(2003), a PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde(2006) e a PNEP/SUS – Política Nacional de Educação Popular(2013) em Saúde objetivando a humanização do cuidado, o respeito a autonomia do usuário e a pluralidade terapêutica existente na sociedade.

A presença do Reiki em serviços de saúde poderia facilitar a socialização dessa prática e articularia o cuidado nos serviços de saúde com a rede de praticantes de Reiki. No entanto, uma das questões dificultadoras para a implantação das PIC no SUS, como o Reiki, é a carência de profissionais capacitados para praticá-lo e ensiná-lo. Além disso, constatamos na literatura científica uma carência de estudos investigando se e como o Reiki praticado por profissionais de saúde do SUS contribui para seu cuidado pessoal, seu bem-estar e qualidade de vida, e como influência ou é aplicado no cuidado do outro e dos usuários. Visando contribuir para superar essa lacuna, o objetivo desta pesquisa foi

analisar a experiência com o Reiki vivenciada por profissionais de saúde do SUS do município de Florianópolis recém-iniciados em Reiki.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo observacional qualitativo, envolvendo um grupo de profissionais do SUS que se inscreveu voluntariamente e participou de um seminário gratuito de iniciação em Reiki nível I, no município de Florianópolis/SC.

O critério de inclusão foi ter participado de um dos três seminários de iniciação em Reiki Nível I realizados pelo Projeto Amanhecer, um projeto de extensão do HU/UFSC, no segundo semestre de 2015, oferecidos aos profissionais de saúde do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) e da APS de Florianópolis. Todos os 29 inscritos que realizaram os seminários foram convidados a participar. Destes, 21 profissionais participaram e 8 não, alegando dificuldades de disponibilização de tempo ou problemas pessoais.

Como técnica de coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os participantes. As entrevistas semiestruturadas visaram obter dados de identificação e informações verbais dos sujeitos investigados, e para tanto houve uma mesma questão norteadora central: Como se deu sua experiência com o Reiki, no cuidado próprio/pessoal e dos outros após o seminário de iniciação? Perguntas complementares foram elaboradas e serviram como disparadores do diálogo, versando sobre motivações e experiências prévias com o Reiki, a experiência no seminário de iniciação e com o Reiki depois dele.

As entrevistas ocorreram entre janeiro e fevereiro de 2016, 150 a 180 dias (média de 165) após a iniciação. Foram realizadas na sala do Projeto Amanhecer/HU/UFSC e em alguns casos nos locais de trabalho dos participantes, agendadas fora de seu horário de trabalho, e tiveram duração de 30 a 60 minutos, (média de 45).

As gravações das entrevistas foram transcritas e analisadas com o auxílio do programa MAXQDA Standard 12. Para manter o anonimato dos participantes, foi utilizado a letra P seguida de um número (ex: P1).

Foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática conforme Bardin(2009), que envolve três etapas principais: a pré-análise, com a constituição do corpus de pesquisa, leitura flutuante, uma primeira aproximação e codificação dos dados e reformulação de hipóteses e objetivos. A exploração do material, com leitura aprofundada das entrevistas, recodificação e categorização dos conteúdos, com comparações de aspectos semelhantes e diferentes. Algumas categorias foram criadas *a priori* e outras emergiram das falas (FRANCO, 2012). Por fim, no tratamento dos resultados, foram finalizadas as categorizações

(Figura 5), realizadas inferências, discussões e interpretações, a partir do quadro conceitual (BARDIN L., 2009).

Figura 5 – Categorias, subcategorias e elementos de análise (artigo)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ELEMENTOS DE ANÁLISE
MOTIVAÇÕES NAS INSCRIÇÕES	Não houveram subcategorias	Utilizar na prática profissional (no SUS principalmente) Buscar algo que supere os limites do atual modelo médico e de cuidado Utilizar no cuidados dos outros Ampliar conhecimento sobre o tema Afincidades com vitalismo, holismo e outras PIC Existência de outras PIC na APS de Florianópolis Benefícios prévios obtidos com Reiki Utilizar no cuidado pessoal Boas referências de terceiros
	Com outras Práticas Integrativas e Complementares	Fora do SUS No SUS Durante a formação acadêmica Conhecimento superficializado de terceiros Experiência pessoal positiva fora do SUS
EXPERIÊNCIA PRÉVIA	Com o Reiki	Durante a formação acadêmica No SUS Aprender e fazer nos outros Espera de acontecimento transformador/experiência mística Aquisição de um conhecimento prático-teórico Momento de descoberta/entender
EXPECTATIVAS DOS SEMINÁRIOS	Não houveram subcategorias	Aprendizado prático e rápido Bom custo-benefício Ampliar e dar continuidade ao ensino do Reiki Atendeu as expectativas Surpreendente Inovadora Sugestão de regularidade, aprofundamento e regularidade de aprendizado Equilíbrio entre a teoria e prática Conteúdo bem explorado Produtiva Instrutor capacitado e de qualidade Didática satisfatória Possibilitou transformação e reflexão Possibilitou algo intenso Trouxe efeitos positivos na saúde física e mental Sensação de bem estar e relaxamento Ampliou contato e a compreensão do Reiki Ampliou relações interpessoais/estimulou a interdisciplinaridade Superou as expectativas
EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO NOS SEMINÁRIOS	Sobre o seminário	Ciência/razão possui limitações para entender o Reiki Pesquisas são necessárias para melhorar a aceitabilidade social e institucional Faltam estudos de casos práticos de aplicação do Reiki no SUS Necessita tempo e disciplina para a prática, principalmente no começo Fácil de aprender Aparce relacionado às filosofias/crenças/religiões dos participantes e à espiritualidade Esta relacionada ao equilíbrio energético da pessoa Poder da mente sobre o corpo/matéria Através da prática da filosofia do Reiki Relacionado a acreditar/crenças que ajuda a fazer efeitos Reikiano precisa cuidar-se para poder funcionar Precisa estar bem consigo mesmo para poder ajudar Melhora do sono e da saúde mental Necessário aprender mais e conhecer melhor para ajudar Alivia dores/crônicas Como filosofia e estilo de vida Melhora nos relacionamentos interpessoais Melhora mal estar geral Conexão especial com o campo/corpo das outras pessoas Pratiquéi em familiares conhecidos para ganhar confiança Não pratiquéi com outras pessoas Melhora no sono e na saúde mental Melhores dores crônicas e na saúde física Proporcionar equilíbrio energético Melhorar a qualidade de vida Autonomia por poder se autogerenciar em si mesmo Como filosofia e estilo de vida Possibilita autoconhecimento Auxílio para os transtornos psicossomáticos/saúde mental Importante capacitar os usuários para praticar Reiki Organizar trabalhos em grupo que atingiram mais pessoas Melhoraria questões de vínculo entre profissional x usuário Haveriam bastante usuários interessados Possibilita autonomia e autocuidado Desmedicalização e redução do uso de medicamentos atópicos Importante começar pelos profissionais e depois os usuários Desenvolve o autocontrole Possibilita autonomia e autocuidado Melhora do sono e da saúde mental Melhora quadros de dor/idade física Dificuldade de tempo (principalmente) e espaço de praticar nos locais de trabalho Pouco conhecimento e ausência de prática, mas omista quanto a Possível através dos grupos (na APS e NASP) que são uma via de inserção do Reiki na APS Necessita incluir na formação e a ampliar as capacidades para ampliar o acesso Deveja implementar em breve Cabeça (médico hospitalar) e modelo biomédico ainda são fortes Feito com voluntários/profissionais de fora do SUS Algumas profissões são mais abertas e condições que outras Usuários estão mais abertos e demandam pelas PICs Reconhecimento institucional do SUS é importante
	Relação com a ciência	Significados sobre a prática
SIGNIFICADOS E FUNDAMENTOS	Funcionamento e mecanismo de ação	
EFEITOS	Efeitos atribuídos no cuidado dos outros	
	Efeitos atribuídos no cuidado pessoal	
REIKI NO SUS	No cuidado dos usuários	
	No cuidado pessoal	
	Reconhecimento, acesso e implementação	

Foram cumpridos os requisitos éticos da Resolução Nº 466/12 do CNS, sendo a pesquisa aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob parecer Nº 1.249.436 de

29/09/2015. A pesquisa foi financiada com recursos exclusivos do pesquisador.

RESULTADOS

A idade média dos participantes foi de 32 anos, com grande predominância para o sexo feminino (19 dos 21) e de profissionais atuantes em centros de saúde. A procura maior foi por profissionais da área da enfermagem seguidos de farmacêuticos. O perfil dos participantes está na figura 6.

Figura 6 – Perfil profissional dos participantes envolvidos no estudo (artigo)

Participante*	Sexo	Idade	Profissão	Empregador**	Vínculo***	Unidade****
P1	Feminino	30	Médico(a)	PMF – SMS	Efetivo	UBS
P2	Feminino	28	Farmacêutico(a)	UFSC – HU	Efetivo	HU
P3	Feminino	23	Farmacêutico(a)	PMF – SMS	RIMS	UBS
P4	Masculino	24	Farmacêutico(a)	PMF – SMS	RIMS	UBS
P5	Feminino	25	Enfermeiro(a)	PMF – SMS	Efetivo	UBS
P6	Feminino	23	Enfermeiro(a)	PMF – SMS	RIMS	UBS
P7	Feminino	24	Enfermeiro(a)	PMF – SMS	RIMS	UBS
P8	Feminino	32	Enfermeiro(a)	PMF – SMS	Efetivo	UBS
P9	Feminino	38	Fisioterapeuta	PMF – SMS	Efetivo	UBS
P10	Feminino	33	Fisioterapeuta	PMF – SMS	Efetivo	UBS
P11	Feminino	51	Técnico(a) de Enfermagem	PMF – SMS	Efetivo	UBS
P12	Feminino	44	Enfermeiro(a)	PMF – SMS	Efetivo	UBS
P13	Masculino	32	Farmacêutico(a)	PMF – SMS	Efetivo	UBS
P14	Feminino	34	Farmacêutico(a)	PMF – SMS	Efetivo	UBS
P15	Feminino	45	Fonoaudiólogo(a)	UFSC – HU	Efetivo	HU
P16	Feminino	36	Psicólogo(a)	PMF – SMS	Efetivo	UBS
P17	Feminino	30	Enfermeiro(a)	UFSC – HU	Efetivo	HU
P18	Feminino	36	Auxiliar de Enfermagem	UFSC – HU	Efetivo	HU
P19	Feminino	31	Técnico(a) de Enfermagem	PMF – SMS	Efetivo	UBS
P20	Feminino	32	Fisioterapeuta	PMF – SMS	Efetivo	Policlínica
P21	Feminino	30	Fisioterapeuta	PMF – SMS	RIMS	UBS

*P: Participante; **SMS/PMF: Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis e HU/UFSC: Hospital Universitário da UFSC; ***RIMS: Residência Integrada Multiprofissional em Saúde; ****UBS: Unidade Básica de Saúde e HU: Hospital Universitário

Motivações, expectativas e experiências prévias à iniciação

Sobre as motivações para participar do seminário, destacaram-se afinidades com vitalismo, holismo e outras PIC pelos participantes; a busca por algo que supere os limites do atual modelo médico e de cuidado; a existência de outras PIC na APS de Florianópolis; a ampliação do conhecimento sobre o tema para aplicar no cuidado pessoal (incluindo autoconhecimento) e no cuidado dos outros, especialmente usuários do SUS; e benefícios prévios obtidos com o Reiki: “Acredito muito na questão da energia, no corpo, do universo e isso responde/reflete muito na saúde física, mental e psicológica” (P8); “acho que estamos passando por uma fase onde precisamos buscar outros métodos. A medicina alopática não dá mais conta de tudo” (p18); “aqui no município a questão dessas praticas é muito forte” (P8); “mais autoconhecimento e de trabalhar a minha parte mais interna, energética assim” (P12); “beneficiar

as pessoas que eu atendo no posto de saúde” (P21). Ao serem questionados sobre a experiência prévia com o Reiki, alguns relataram ter conhecimento superficial por meio de relato de terceiros: “tinha ouvido falar que era um tratamento com aplicação de energia, mas muito superficial” (P8). Porém, na maioria dos relatos, os participantes tiveram ou experiências positivas com o Reiki fora do SUS ou na família, ou contato com outras PIC no SUS (raramente na graduação) que suscitaram seu interesse: “A experiência [...] era como paciente [...] me fazia muito bem” (P12). “Tive muita influência do meu marido que fez curso completo de Reiki” (P16). “Durante a graduação tive uma disciplina sobre práticas alternativas, não tratava do Reiki, mas tratava de auriculoterapia, massagem” (P6).

Ficou particularmente evidente o contato de vários participantes com outras PIC em centros de saúde de Florianópolis: “Aqui no posto, ele tem uma característica de trabalhar com outras alternativas, [...] [a prefeitura] tem proporcionado alguns cursos na área [...] horto de plantas medicinais, acupuntura, yoga, e acho que o Reiki também se enquadraria bem” (P12). Também foram citadas atividades de extensão universitária: “A minha experiência [...] iniciou-se [...] recebendo Reiki ali no Projeto Amanhecer” (P5). Perguntados sobre contato com o Reiki no SUS, os participantes na sua maioria mencionaram saber apenas de estudos e algumas experiências exitosas, porém sem contato direto: “Hoje a gente percebe acupuntura, auriculoterapia, mais Reiki ainda não está visível, apesar de ter indicativos de pesquisas sobre isso” (P6).

O seminário de iniciação

Sobre as expectativas da participação no Seminário de Iniciação em Reiki, surgiu entre os participantes uma diversidade de relatos. Por exemplo: a espera de algum acontecimento transformador/experiência mística: “Eu estava super eufórica, assim. Até porque fiquei pensando que iria acontecer algo mágico. Alguma sensação que transcenda.” (P18). Para outros, simplesmente aprender para aplicar nos outros: “Como foi muito válido para mim, eu achava que precisava transmitir para os outros também, tipo, para sensibilizar sobre o Reiki, dizer onde e em que locais as pessoas poderiam ter acesso ao Reiki” (P18). O seminário aparece também como um momento de descobrir-se/despertar: “Seria mais uma descoberta talvez, um despertar tanto que o primeiro seminário se chama até despertar” (P21). Também era uma expectativa a aquisição de um conhecimento prático-teórico: “entender qual era o propósito do Reiki [...] o conhecimento teórico, prático e a aplicação disso no dia a dia” (P8).

A respeito do seminário de iniciação em Reiki, os participantes destacaram o fácil aprendizado, que atendeu as expectativas, prático, rápido e com um bom custo-benefício já que foi gratuito para os

participantes, que precisaram arcar apenas com os custos de deslocamento: “Eu não sabia que era assim, a gente fazia o seminário e já estaria apta, já poderia fazer Reiki em mim mesmo e depois poderia fazer nos outros” (P1). Relataram ainda que, no geral, o seminário foi produtivo, surpreende e inovador com conteúdo bem explorado, tendo equilíbrio entre a teoria e prática, sendo o instrutor uma pessoa capacitada e de qualidade.

Na maioria das falas, apareceu a sugestão de ampliar ao ensino do Reiki, com sugestões de continuidade, aprofundamento e regularidade do aprendizado: “...todo mundo está na expectativa de fazer a continuidade do processo de formação, fazer o nível 2, de repente o nível 3” (P8). Sugeriram alguma continuidade para o próprio grupo: “Talvez um outro dia, um mês depois [...] encontrar com as pessoas de novo e ver se conseguiram fazer” (P21).

Em relação a experiência pessoal durante os seminários, ela em geral superou as expectativas e ampliou o contato e a compreensão do Reiki e para outros participantes possibilitou algo intenso: “a experiência prática acho foi algo assim muito forte, inexplicável assim” (P8). Em alguns casos ampliou relações interpessoais, estimulou interdisciplinaridade e possibilitou transformação e reflexão: “Foi muito positiva a experiência, é como se eu tivesse vendo o mundo de uma forma diferente, talvez de uma forma mais otimista, mas leve, no dia e uns dias depois” (P16). Boa parte dos entrevistados relataram que o seminário trouxe efeitos positivos na saúde física e mental associado à sensação de bem-estar e relaxamento: “minha dor havia sumido e nesse momento eu não sentia dor! Então eu fiquei emocionada! Foi uma sensação incrível durante aquele dia” (P5); “senti uma sonolência muito grande e dormi várias vezes durante o período de relaxamento que tivemos. Por mais que procurasse ficar consciente eu tive muita sonolência. E olha que não é uma coisa habitual ter essa facilidade de sono, normalmente tenho de tomar remédio para o sono” (P18).

Após o seminário: prática, resultados, significados

Faz parte da iniciação no Reiki, um período de 21 dias de prática consigo mesmo por cerca de uma hora, a que todos participantes dos seminários foram solicitados. Quanto a prática do Reiki, destacaram-se relatos de que o Reiki é uma técnica fácil de aprender, mas que para evoluir necessita tempo e disciplina para a prática, principalmente no começo, o que demonstrou ser um entrave para o processo inicial de alguns: “O fato de você ter que dedicar uma hora do seu dia para ficar em paz, no seu canto, meditando, como uma música e no início até estava

tudo ok, mas aos poucos fui acabando não tendo mais esse tempo! Durante os 21 dias às vezes eu pulava um dia e não fazia” (P3).

Foi observado (conforme Figura 7) que 11 profissionais fizeram as práticas recomendadas nos 21 dias pós-iniciação, 12 fizeram em parte, e 3 não conseguiram fazer o mínimo recomendado. A quase totalidade praticou em si mesmo após esse período, e uma maioria grande continuava praticando à época da entrevista, com frequência moderada (10) ou pequena (7). Uma pequena maioria (12) praticou em amigos e familiares, sendo que apenas 3 praticaram em poucos usuários do SUS onde trabalham.

Figura 7 – Prática de Reiki dos participantes da pesquisa (artigo)

Prática de Reiki dos participantes da pesquisa	Nunca	Pouco	Médio	Muito	TOTAL
	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Praticou para si diariamente nos 21 dias	3	7	5	11	21
Praticou depois disso para si	1	6	13	1	21
Pratica atualmente para si	3	7	10	1	21
Pratica em outros (familiares e amigos)	9	8	4	0	21
Praticou em usuários do SUS onde trabalha	18	3	0	0	21

Fonte: elaboração dos autores a partir das entrevistas

A maioria dos entrevistados considerou que o Reiki está relacionado ao equilíbrio energético da pessoa: “Eu entendi que o Reiki utiliza energias do universo e que a gente funciona como um canal pra ajudar a auxiliar a cada pessoa ou a gente mesmo equilibrar os chakras” (P2). “tudo é feito de energia” (P4). Alguns entrevistados também relacionaram o Reiki ao poder da mente sobre o corpo/matéria e à necessidade de acreditar para auxiliar a fazer efeitos: “Achava que realmente existia muito mais uma crença por trás ou um placebo ou algo mais auto-sugestionável do paciente, depois com a experiência como paciente me ajudou a acreditar mais” (P16).

Apareceram entendimentos de que o reikiano precisa cuidar-se para o Reiki funcionar e isso também seria possível através da prática da filosofia do Reiki: “Estar bem consigo mesmo representa a maneira como levamos a vida, nossa alimentação, coisas que a gente não pensa que podia contribuir, mas não apenas no Reiki, mas no trabalho do nosso dia a dia nos postos de saúde, não apenas no Reiki, tudo isso influência”(P7). Cabe mencionar os cinco princípios do Reiki que são tradicionalmente transmitidos durante os seminários: “Só por hoje, não se irrite. Só por hoje, não se preocupe. Só por hoje, seja grato por tudo. Só por hoje, trabalhe honestamente. Só por hoje, seja gentil com todos os seres vivos”.

Questionados sobre quais efeitos atribuídos ao Reiki no seu autocuidado pessoal, a maioria dos entrevistados destacou melhora no

sono e na saúde mental: “desde o primeiro contato com o Reiki percebi relaxamento e aqueles pensamentos ansiosos, consegui através da meditação também eliminar a ansiedade, dormir melhor, acordar com mais disposição” (P5). Além disso, surgiram relatos de que o Reiki auxiliou para melhora nas dores crônicas e na saúde física: “dores que eu tinha já não sinto tanto mais [...] melhorou muito nesse sentido” (P8).

Sobre o cuidado do outro através do Reiki, muitos participantes destacaram que é necessário aprender mais, conhecer melhor e estar bem consigo para poder ajudar alguém: “Eu ainda não fiz o Reiki em outras pessoas porque tinha de fazer aqueles 21 dias que fiquei esperando, [...] não me senti segura”. Houve apenas um relato de não haver praticado em ninguém e em dois casos o Reiki foi praticado em familiares e conhecidos para ganhar confiança. Também emergiram relatos de que houve uma conexão especial com o campo/corpo das outras pessoas, com melhora nos relacionamentos interpessoais.

O Reiki foi relatado como auxílio para aliviar dores, mal estar geral, sono e saúde mental de outras pessoas que o receberam: “minha mãe tem gastrite crônica, [...] qualquer coisinha que ela se estressa, que ela coma diferente, ela tem muito dor de estômago e ela pediu pra fazer em função disso, [...]ela conseguia ficar nos dias seguintes sem tomar omeprazol, que ela precisava tomar todos os dias até mesmo várias vezes ao dia” (P4). “Em casa eu apliquei no meu namorado e ele se sentia muito bem com a aplicação, [...] no momento que ele estava mais angustiado, preocupado, daí isso ajudou a ele ficar mais tranquilo” (P14). Não foram relatados efeitos adversos relacionados ao Reiki.

Tanto no cuidado do outro como no cuidado pessoal, o Reiki foi citado como sendo uma filosofia e estilo de vida: “Por exemplo a questão dos cinco princípios no Reiki. Essa parte legal justamente a gente consegue levar para vida” (P2). Nesse sentido de filosofia de vida prática, o autoconhecimento através do Reiki foi mencionado em diversas entrevistas: “O Reiki me ajudou a me encontrar mais comigo mesmo assim, no sentido pessoal mesmo, e no autoconhecimento” (P6). Vários participantes destacaram como benefícios do Reiki no próprio cuidado pessoal e dos outros a autonomia de poder praticar em si mesmo, o fato de proporcionar um equilíbrio energético e melhorar a qualidade de vida.

O Reiki apareceu conectado às filosofias/crenças/religiões dos participantes e à espiritualidade: “Isso vem mais de todo o contato que eu tive com princípios e filosofias mais religiosas mesmo” (P13). “Eu acho que a gente consegue alcançar a espiritualidade sem necessariamente ter uma religião” (P19).

Os entrevistados fizeram considerações de que a ciência/razão possui limitações para entender o Reiki, mas que pesquisas são necessárias

para melhorar a aceitabilidade social e institucional: “Talvez o jeito de medir ele a gente não saiba [...], mas você vê os resultados nas pessoas, isso é fato” (P14). “Talvez os métodos que usamos para fazer pesquisa não dão conta de comprovar os benefícios do Reiki” (P21). “Parece que falta essa parte da comprovação para as pessoas mais céticas” (P10). Também emergiram falas no sentido de que faltam estudos de casos práticos de aplicação no SUS: “Acho importante que quem está praticando Reiki consiga publicar [...] começar a divulgar mais o Reiki, não apenas como prática de mercado, mas também tem de fazer pesquisa” (P14).

Reiki no SUS

Sobre o Reiki no SUS, a maioria afirmou que com ele pode haver uma ampliação do conceito de saúde: “O modelo que rege a minha prática é o modelo(bio)médico. Então essa é uma dúvida, uma angústia que eu trago, [...] que a gente medicaliza as pessoas de momento que deveria oferecer outras coisas, e isso foi uma das coisas que me fez buscar a formação em Reiki” (P14). O Reiki poderia auxiliar nos tratamentos convencionais e na desmedicalização e redução do uso de fármacos: “o Reiki pode ser útil no processo de desmedicalização” (P4).

A respeito do potencial do Reiki para o cuidado pessoal dos profissionais no SUS, repetiu-se benefícios já citados para melhora da saúde física e mental, acrescentando-se algumas falas no sentido de que este desenvolve o autocontrole: “As vezes tu recebe um e-mail malcriado, tu não precisa responder na hora! Respira, te controla, faz a tua reflexão daquilo em vez de ir apenas no impulso [...]. Depois que eu fiz o seminário e depois que eu estou mais calma percebo o reflexo na minha filha, de [eu] não ser tão arisca, de responder rápido” (P15).

Indagados sobre o Reiki no cuidado dos usuários, os participantes destacaram que o mesmo serviria de auxílio para os transtornos psicossomáticos e na saúde mental: “eu acredito nos benefícios do Reiki no sentido que a gente tem muitos problemas de transtornos de ansiedade, de saúde mental” (P8). Alguns entrevistados disseram que o Reiki poderia auxiliar no autocuidado dos usuários de forma a contribuir para a autonomia destes: “Não que não seja possível fazer o Reiki de forma individual, mas a forma que a gente trabalha aqui [no Centro de Saúde], para conseguir atender a demanda toda, usamos o trabalho em grupo. Então seria legal abordar o Reiki em grupo. Mas isso depende do que a gente quer aqui. Na minha visão, a pessoa tem de aprender a se cuidar e levar para casa esse cuidado. Senão ela vira uma bola de neve e sempre vai depender dos profissionais” (P20).

O Reiki aparece como algo que poderia trazer melhora em questões de vínculo entre profissional e usuário: “Melhoraria o vínculo, também, com o Reiki, que são coisas que a gente ouviu falar muito na atenção básica e o Reiki, pela questão energética, acaba gerando um vínculo.” Para alguns entrevistados, inclusive, seria importante começar pelos profissionais e depois chegar usuários: “começar com os colegas mesmo, pra melhorar assim, pra depois a gente estar bem e pra começar a divulgar para a comunidade” (P5). Seria também importante, para alguns, capacitar usuários para praticar Reiki de forma que fosse possível organizar trabalhos em grupo que atingiriam mais pessoas.

Questões relacionadas ao reconhecimento, acesso e implantação do Reiki no SUS foram narradas pelos participantes com destaque na questão da dificuldade de tempo (principalmente) e espaço para praticar: “Hoje, a prática aqui na unidade, vejo inviável porque a gente tem uma demanda gigantesca, e a gente teria de ter um tempo grande destinado [...] a aplicação de uma hora cada sessão e ter um ambiente calmo, tranquilo e sem interrupções específico para essa finalidade. É uma questão de estrutura e demanda” (P8).

Apesar disso, muitas falas foram no sentido do desejo de implementar em breve, mas encontra-se, além da falta de tempo e espaço citados, outras barreiras, como o ceticismo (no caso do ambiente médico hospitalar) e o modelo biomédico que ainda são fortes: “Então, se eles me pegam na situação de imposição de mãos naquela criança, pode dar confusão, que já vi dar com outras pessoas [...], porque os médicos não acreditam” (P15). Na visão de alguns entrevistados, apesar do ceticismo, algumas profissões dão mais abertura e condições que outras: “para profissões que tem de fato esse momento individualizado com o usuário, poderia sim ser ofertado, eu vejo que com enfermeiros, uma oportunidade no cuidado de ofertar, acho que é bem possível” (P14). “Eu acho que a fisioterapia e a psicologia têm uma abertura maior para técnicas complementares” (P20).

Vários participantes relataram que apesar do pouco conhecimento e ausência da prática, sentem-se otimistas com a ideia do Reiki no SUS: “imagino que o Reiki tenha boa perspectiva no SUS” (P18). Ressaltou-se a importância de que é necessário incluir na formação e ampliar as capacitações para oferecer e ampliar o acesso para pessoas que não tiveram contato ainda: “Talvez estudos e capacitação ou profissionais que possam fazer isso [...] sou bem a favor do Reiki ser ensinado nas universidades para os futuros profissionais” (P6).

Apesar do desconhecimento sobre o Reiki, alguns usuários estão mais abertos e demandam pelas PIC: “as PIC que tem no SUS hoje em dia

as pessoas procuram. Eu acho que já foi pior assim e que as pessoas acreditavam menos. Hoje em dia é mais tranquilo” (P15).

Como possibilidades para a implantação e oferta, seria interessante, segundo alguns relatos, que isso fosse possível através dos grupos (na APS e NASF) que são um via de inserção do Reiki na APS: “A intenção seria montar um grupo de Reiki, autocuidado, outras coisas junto, [...] aqui falta essa parte da montagem do grupo, da organização” (P19). Além disso, ainda seria importante contar com o Reiki feito com voluntários/profissionais de fora do SUS: “No [centro de saúde X] uma pessoa da comunidade aplica Reiki. Ela montou um grupo no posto de saúde” (P20).

Alguns entrevistados destacaram que o reconhecimento institucional do SUS é importante: “a partir do momento que o sistema de saúde reconhece, isso dá maior credibilidade para os profissionais atuarem e desperta interesse” (P17).

DISCUSSÃO

Houve elevada predominância de participantes do sexo feminino, o que é coerente com a tendência da feminização das profissões da saúde, que apresentam mais de 70% da força de trabalho feminina. Isso ocorre mesmo em profissões que historicamente eram desempenhadas pelos homens, como medicina e odontologia. A feminização implica refletir sobre a saúde e a qualidade de vida dessas profissionais nos seus contextos de trabalho e de formação, e não raro de dupla jornada (MATOS, TOASSI e OLIVEIRA, 2013). Doutra parte, outra possibilidade explicativa seria haver mais preferência pelo tema do curso oferecido (Reiki) pelas mulheres, o que não é possível de avaliar com nossos dados.

Podemos sugerir que algumas profissões possuem uma maior identificação com práticas de cuidado como o Reiki, dando maior abertura e condições para esta prática do que as outras. É o caso da enfermagem que nesse estudo foi a profissão de maior presença entre os participantes. Esta profissão possui semelhanças etimológicas em relação ao termo “cuidado”, sendo essência e razão maior de sua existência como disciplina e profissão (FREITAG, ANDRADE e BADKE, 2015). Além disto, profissionais de saúde como os enfermeiros estão entre aqueles constantemente expostos a acometimentos do trabalho como Síndrome da Burnout (SB), desenvolvendo diversas condições de desequilíbrio físico, psicológico, e não menos de caráter espiritual (SOUZA, 2014). Estudos como os de Diaz-Rodriguez *et al.* (2011) demonstraram que o Reiki pode ser benéfico para profissionais de saúde que o experimentam.

Os participantes buscaram ampliar o conhecimento sobre o Reiki, de maneira a superar a deficiência da oferta dessa temática (e das PIC) na

formação profissional, mesmo que em Florianópolis a existência de outras PIC na APS seja forte, figurando a cidade como uma das referências no Brasil (SANTOS et al., 2012).

O Reiki mostrou-se como prática de autoatenção, haja vista figurar entre as práticas de cuidado que os participantes previamente utilizaram em situações de padecimento, sendo boa parte delas através de pessoas leigas. O termo ‘padecimento’ é entendido por Menendez (2009, p.54) como extensa variedade de situações “que vai desde dores episódicas de cabeça, dores musculares leves, temperaturas ligeiramente elevadas, resfriados ou ardências transitórias passando por dores da alma, estado de tristeza, ansiedade, ou pesares momentâneos”. Nesse sentido, constatamos que a prática do Reiki contribuiu em curto prazo para que os participantes do estudo obtivessem melhores condições em relação a saúde física e mental levando estes a um melhor gerenciamento de seus padecimentos e desequilíbrios. Isto corrobora os resultados de diversos estudos como os de Ferraz *et al.*(2017), Freitag *et al.*(2014); Motta e Barros (2014), em relação a padecimentos diretamente relacionados a saúde física; e os de Baldwin *et al.*(2017), Demir *et al.*(2015) e Oliveira (2013) relacionados a saúde mental.

O primeiro contato com o Reiki dos entrevistados ocorreu geralmente fora do ambiente do SUS, por meio de familiares, conhecidos e em atividades de extensão universitária; e, depois da iniciação, a maior prática foi para si mesmo e familiares. Enquanto não houver maior presença do Reiki no SUS, a prática do Reiki será realizada por voluntários (profissionais ou não) fora do SUS, no ambiente da autoatenção. Por isso, parece-nos importante valorizar os locais fora do SUS em que é realizada essa prática, entendendo o itinerário terapêutico dos usuários.

Os profissionais entenderam o Reiki como prática que possibilita um equilíbrio “energético”, adotando ideias transmitidas na iniciação ou já partilhadas previamente, mesmo que essa questão da existência dessa “energia sutil” que ampara uma “anatomia e uma fisiologia energética/vibracional”, não esteja bem estabelecida cientificamente (OLIVEIRA, 2003). Evidências científicas sobre essas energias poderiam sustentar uma teoria vitalista (presente em diversas PIC) (NASCIMENTO e NOGUEIRA, 2014); porém, a sua ausência ainda provoca insegurança e ceticismo por parte daqueles que anseiam em “entender” um possível “mecanismo de ação do Reiki”, desfocando dos seus efeitos e benefícios, já que para estes últimos temos um expressivo número de estudos com resultados positivos como os apresentados por Bessa e Oliveira(2013), Oliveira(2013) e Center for Reiki Research (2017).

Para além de entender o funcionamento do Reiki, os entrevistados reconheceram a importância de aspectos filosóficos aplicados e práticos que orientam ações comumente associadas, como a meditação (Baptista Menezes e Dalbosco Dell'Aglio, 2009; Sbissa e others, 2010), a alimentação saudável, a aromaterapia em (Domingos e Braga, 2015; Gnatta et al, 2011), a musicoterapia em (Aleixo, Santos e Dourado, 2017) e o próprio Reiki em (Motta e Barros, 2015), sendo este último provavelmente potencializado pelo uso conjunto com as anteriores.

Mesmo com pouco tempo de prática de Reiki, restrita a si mesmo e a familiares, a maioria dos participantes sentiu-se otimista sobre a presença potencial deste no SUS, sobretudo na APS. Foi apontada a importância de sensibilizar primeiro os profissionais, capacitando-os, acompanhando o que já vem sendo feito com outras PIC em Florianópolis, conforme Santos e et al (2012). Para tal, haveria que superar entraves como a falta de infraestrutura, o ceticismo (principalmente no caso do ambiente médico hospitalar) e o modelo biomédico vigente. O ceticismo pode decorrer de preconceito e desinformação sobre as pesquisas já existentes.

A iniciação de profissionais do SUS em Reiki, como foi o caso desta pesquisa, parece não possibilitar ou induzir automaticamente a sua prática nos serviços de saúde, sobretudo na APS. Nossos resultados mostraram a quase nula oferta na APS pelos participantes, e indicam que, tanto por insegurança dos recém-iniciados quanto pelas dificuldades institucionais mencionadas acima, a simples oferta de capacitação em Reiki para os interessados precisa ser complementada com outras ações de discussão, educação permanente e sensibilização de gestores e profissionais, para que tal prática possa dar sua contribuição de forma adequada e sustentável no ambiente da APS e do SUS.

O Reiki articulou-se tanto com a questão da espiritualidade quanto da religiosidade nos relatos, dos entrevistados, que mostraram entender as diferenças entre ambas. Isso é importante, pois existem preocupações éticas e possíveis implicações legais associadas à oferta institucional do Reiki, quando se acredita estar ele associado a uma religião específica, podendo entrar em conflito com alguns sistemas de crença, ainda mais em um estado laico como o Brasil (TONIOL, 2015). Por exemplo, instituições de saúde católicas estariam restritas no oferecimento desta prática, porque haveria conflito com seus ensinamentos ou doutrinas. Segundo Magalhães (2014) em Portugal existe um movimento desaconselhando a prática de Yoga, Tai Chi, Chi Kung e Reiki, principalmente em igrejas de Lisboa. No entanto, a Associação Portuguesa de Reiki, tendo como um dos seus pilares o esclarecimento público, considerou graves estas manifestações de desinformação e manipulação da liberdade de pensamento. Por fim,

creditam tal fato a deturpação dos valores e significados do Reiki. De acordo com Arvônio (2014) talvez por isso alguns hospitais estão oferecendo Reiki sem divulgar seus aspectos espirituais aos pacientes. Para Teixeira (2010), existem alguns preceitos religiosos relacionados a tradição do Reiki. No entanto, essa prática aproxima a temática da espiritualidade, concorrendo para a renovação espiritual do homem moderno.

Para Tyler (2017), é por meio de sua espiritualidade que os pacientes muitas vezes descobrem força e consolo, através de conexões profundas com os outros, e também através de comunidades e práticas religiosas. No entanto, os clínicos modernos ainda ignoram regularmente as dimensões da espiritualidade quando se considera aspectos relacionados ao cuidado. A presença do Reiki nos serviços de saúde parece contribuir na dimensão e no cuidado espiritual da saúde, pois possui princípios que podem contribuir no aumento da corresponsabilidade dos envolvidos pela saúde de maneira holística, nas dimensões física, social, emocional, ambiental e espiritual.

O Reiki, como outras PIC, provavelmente não é imune ao modo normativo e medicalizado de cuidado ou autocuidado. Recentemente entrou na lista de procedimentos do SUS e pode, dependendo da forma de uso, ser “prescrito”, adaptando-se ao modelo médico dominante. Logo, há alguma ambivalência e tensão entre os sentidos e direções possíveis resultantes nas práticas institucionalizadas de cuidado do outro e de si mesmo, empurrando ora mais para a autonomia, ora mais para o autocuidado referenciado em normas e saberes profissionais ou sociais hegemônicos. Assim, é necessário entender o Reiki em uma dimensão filosófica e existencial do cuidador e das pessoas. Na visão dos profissionais entrevistados, ele influencia positivamente trazendo um melhor estilo e qualidade de vida, como uma ‘filosofia de vida prática’, que possibilita o autoconhecimento e facilita autonomia. Ferreira et al. (2012) analisaram os resultados do 2º Simpósio Luso-Brasileiro de Reiki, que reuniu 250 pesquisadores, terapeutas de Portugal e do Brasil e discutiu o impacto do Reiki na qualidade de vida e no tratamento complementar de doenças crônicas. Como resultado, concluíram que eficácia do Reiki parte da percepção da pessoa como um todo, diminuindo padrões de ansiedade e melhorando a qualidade de vida.

Com um aprendizado simples e acessível, seria possível oferecer Reiki no SUS de forma que os próprios usuários fossem capacitados, e conseqüentemente levariam isso a seus conhecidos e familiares. Isso significaria um empoderamento e um desenvolvimento de habilidades pessoais, já que o Reiki fica sempre a disposição daquele que o pratica, diferente de muitas PIC ou cuidados profissionais que necessitam terceiros

para a prática. O iniciado sempre pode canalizar e usar a energia, que supostamente existe, com o Reiki (DE' CARLI, 2011; OLIVER E NORBERT, 2009; PETTER, 2013). Destarte, o trabalho em saúde cada vez mais exige dos profissionais a capacidade de lidar com as singularidades individuais dos sujeitos e suas formas de cuidado pessoal (AFONSO ET AL., 2016). Além de que, como diria Boff (2015), um grande desafio é cuidar de si mesmo.

A principal limitação deste estudo é o viés de seleção dos participantes, profissionais ao menos simpatizantes do Reiki, por terem procurado voluntariamente o seminário de iniciação a partir de divulgação institucional. A generalização dos resultados para o conjunto dos profissionais do SUS ou da APS de Florianópolis não é possível. Por outro lado, provavelmente nossos resultados dizem algo significativo sobre a parte dos profissionais do SUS e da APS que gostaria de aprender Reiki.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os efeitos atribuídos a prática do Reiki pelos profissionais iniciados foram considerados positivos e benéficos por eles, na saúde física, mental, bem-estar e autoconhecimento, sem menção a efeitos adversos. A iniciação gerou alguma prática de Reiki para si mesmo e familiares, mas não induziu a oferta no SUS (na APS), se não muito pontualmente. Os profissionais entenderam o Reiki como prática complementar para (re)equilíbrio 'energético', de caráter holista e espiritualista, e foram otimistas quanto a sua oferta aos usuários do SUS, embora bem poucos tenham praticado nos serviços, devido a dificuldades de tempo e espaço. Vem crescendo a popularidade do Reiki, principalmente por praticantes leigos, que o vem usando por mais de 90 anos deste a época de Mikao Usui, seu fundador. São necessários mais estudos e sua divulgação para melhorar a aceitabilidade social e institucional do Reiki, em especial focando o seu uso no SUS e na APS, não esclarecido neste estudo.

REFERÊNCIAS

AFONSO, F. DA M.; AFONSO, G. M. L. DO C. R.; BARROS, R. L.; CAMARGO, J.; PINHEIRO, N. DOS S. DE C.; ALVES, S. S. DE M.; BARRETO, S. DOS S.; MANSO, C. C. Saúde do trabalhador na AP 3.2 – o olhar das praticas integrativas e complementares através do Reiki. *Academus Revista Científica da Saúde*, v.1,n.1,4 abr. 2016.

ALEIXO, M. A. R.; SANTOS, R. L.; DOURADO, M. C. N. Efficacy of music therapy in the neuropsychiatric symptoms of dementia: Systematic review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 66, n. 1, p. 52–61, 2017.

ARVONIO, M. M. Cultural competency, autonomy, and spiritual conflicts related to Reiki/CAM therapies: Should patients be informed? *Linacre Quarterly*, v. 81, n. 1, p. 47–56, 2014.

BAPTISTA MENEZES, C.; DALBOSCO DELLAGLIO, D. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 29, n. 2, 2009.

BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BESSA, J. H. DO N.; OLIVEIRA, D. C. DE. O uso da terapia reiki nas Américas do norte e do sul: uma revisão. *Rev. enferm. UERJ*, v. 21, n. 1, n.esp, p. 660–664, 00PY- 2013.

BRASIL, M. DA S. DO. Portaria 971. PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. . 5 mar. 2006.

BRASIL, M. DA S. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEP - SUS). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0009_02_12_2013.html>. Acesso em: 18 jul. 2017.

BRASIL, M. DA S. Política Nacional de Humanização. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secre-tarias/231-sas-raiz/humanizaus/11-humanizaus/12419-diretrizes-e-dispositivos>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

BRASIL, M. DA S. Passos Implantação das PICS no SUS - DAB Curso Gestão PICS, 2015.

BREMNER, M. N.; BLAKE, B. J.; WAGNER, V. D.; PEARCEY, S.

M. Effects of

Reiki With Music Compared to Music Only Among People Living With HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, v. 27, n. 5, p. 635–647, set. 2016.

CALLEJA-BAUTISTA, M.; SANZ-CERVERA, P.; TÁRRAGA-MÍNGUEZ, R. The effectiveness of music therapy in autism spectrum disorder: A literature review. *Papeles del Psicólogo*, v. 37, n. 2, p. 152–160, 2016.

CENTER FOR REIKI RESEARCH. Centro de Pesquisas em Reiki, 2017. Disponível em: <<http://www.centerforreikiresearch.org/>>. Acesso em: 17 jul. 2017

SOUZA, M. V. H. *Síndrome Burnout em Profissionais de Saúde*. Piauí: Universidade Federal do Piauí, 2012.

DE' CARLI, J. *Reiki: Apostilas Oficiais*. 3. ed. São Paulo: Madras, 2011.

DOMINGOS, T. AS.; BRAGA, E. M. *Massage with aromatherapy:*

effectiveness on anxiety of users with personality disorders in psychiatric hospitalization. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, v. 49, n. 3, p. 453–459, 2015.

DYNIWICZ, ANA MARIA. *Metodologia de pesquisa em saúde para iniciantes*. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009.

FOUCALT, M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Rio de Janeiro: Vozes, 1987. _ *A Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

v. 2a. Edição

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia*. [s.l.] Ega, 1996.

GARNELO, L.; LANGDON, J. A *a Antropologia e a Reformulação das Práticas Sanitárias na Atenção Básica. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*, n. Fiocruz, p. 708, 2005.

GNATTA, J. R.; DORNELLAS, E. V.; DA, S. The use of aromatherapy in alleviating anxiety. *ACTA Paulista de Enfermagem*, v. 24, n. 2, p. 257–263, 2011.

GÓMEZ, GALLEGO; GÓMEZ, GARCÍA. Music therapy and Alzheimer's disease: Cognitive, psychological, and behavioural effects. *Neurologia*, v. 32, n. 5, p. 300–308, 2017.

Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

LEONARDO BOFF. *Um desafio permanente: cuidar de si mesmo* Leonardo Boff, 2015. Disponível em: <<https://leonardoboff.wordpress.com/2015/08/01/um-desafio-permanente-cuidar-de-si-mesmo/>>. Acesso em: 2 ago. 2015

MARIA E. LAKATOS, M. DE A. M. *Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002. [s.l.] Atlas, 2002.

MARIA LAURA PUBLISI BARBOSA FRANCO. *Análise de Conteúdo*. Brasília: Liber Livro, 2012. v. 6

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. DE. *Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações*. Athenea digital: revista de pensamiento y investigación social. Barcelona. Vol. 13, n. 2 (jul. 2013), p. 239-244, 2013.

MENENDEZ, E. L. *Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: Relume Dumará, 1998.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. VERSUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p. 108–137, 2004.

MINAYO, M. C. DE S. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOTTA, M.; BARROS, N. F. DE. A aplicação de técnicas de imposição de mãos no estresse-ansiedade: revisão sistemática da literatura/The application of the technique of imposition of hands on stress-anxiety: a systematic literature review. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, v. 23, n. 2, 1 jul. 2015.

MOTTA, P. M. R. DA; BARROS, N. F. DE. Aplicação de técnicas de imposição de mãos na dor: reiki, toque terapêutico e toque de cura. Brasília Med, v. 51, n. 1, p. 49–58, 2014.

NASCIMENTO, M. C. DO; NOGUEIRA, M. I. Concepções de natureza, paradigmas em saúde e racionalidades médicas. Forum Sociológico. Série II, n. 24, p. 79–87, 1 nov. 2014.

OLIVEIRA, R. Efeitos do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse: estudo placebo e randomizado. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, R. M. J. DE. Avaliação de efeitos da prática de imposição de mãos sobre os sistemas hematológico e imunológico de camundongos machos. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2003.

OLIVEIRA, C. de, Zugno, P. I., Dagostin, V. S. & Soratto, M. T. Reiki na ansiedade de idosos institucionalizados. Enferm. Bras. 15, 62–67 (2016).

OLIVER, K.; NORBERT, L. O Reiki e a Medicina Tradicional: como a medicina energetica e a medicina classica se completam. São Paulo: Pensamento, 2009.

PETTER, F. A. Isto é Reiki: das origens tradicionais ao uso pratico. Cura para o corpo, mente e espirito. Petter ed. São Paulo: Pensamento, 2013.

SALLES, S. A. C. A presença da homeopatia nas faculdades de medicina brasileiras: resultados de uma investigação exploratória. Rev bras educ med, v. 32, p. 283–90, 2008.

SANTOS, M. C.; OTHERS. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde de Florianópolis/SC: implantação, cogestão e educação permanente em saúde. 2012.

SBISSA, P. P. M.; OTHERS. Efeito da meditação mindfulness sobre a variabilidade da frequência cardíaca. 2010. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <ades/saude/>. Acesso em: 18 jul. 2017.

SILVA, I. F. DA. O cuidado e o cuidado de si dos profissionais da atenção básica: santo de casa faz milagre? Porto Alegre: [s.n.].

SOUZA, M. V. H. Síndrome Burnout em Profissionais de Saúde. Piauí: Universidade Federal do Piauí, 2012.

TONIOL, R. Espiritualidade que faz bem: Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. *Sociedad y religión*, v. 25, n. 43, p. 110–146, 2015.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo, consideramos que o Reiki foi praticado com bons resultados pelos profissionais (para si mesmos) que se iniciaram, usado como forma de autoatenção. Existe uma popularidade crescente do Reiki e o ceticismo acadêmico não tem sido suficiente para brechar a evolução da prática, principalmente por praticantes leigos. No entanto, são necessários mais pesquisas científicas, bem como sua divulgação, para a comunidade científica e acadêmica para melhorar a sua aceitabilidade social e institucional. Acreditamos que o Reiki ainda não está presente nas diretrizes pedagógicas de ensino e dos serviços de saúde no Brasil possivelmente pelo fato desta PIC não estar alinhada com as concepções da biomedicina hegemônica. Ressaltamos a importância de incluir o Reiki nas políticas pedagógicas das instituições de ensino de saúde e/ou ampliar as capacitações em serviço, ampliando o acesso para as pessoas e profissionais que o desconhecem.

Sugerimos que as estratégias de uma possível inserção do Reiki no SUS poderia ser otimizada se iniciada através de profissões específicas, como é o caso da enfermagem. Isso pela sua maior disponibilidade e exposição/contato direto com os usuários cotidianamente, além de terem uma maior identificação com a temática do cuidado, como já mencionamos. Por fim entendemos que este estudo trouxe à luz algumas questões relacionadas a prática do Reiki por profissionais de saúde recém-iniciados, servindo de base para futuras pesquisas.

Sugerimos também que outras pesquisas envolvendo Reiki no SUS praticado por profissionais de saúde (em si e nos usuários) sejam realizadas, para melhor elucidar as possibilidades, potencialidades e formas de inserção no sistema.

Consideramos que um tempo maior entre a iniciação e as entrevistas e mesmo um acompanhamento de longo prazo possa contribuir para esclarecer melhor os resultados. Isso não foi possível nesta pesquisa. Para avaliar a prática do Reiki no contexto do SUS seria importante que pudessem ser analisados praticantes mais experimentados, a fim de que pudesse ser realizada uma melhor avaliação do potencial desta técnica, já que existem diversos níveis de aprendizado e prática do Reiki.

Outra limitação desta pesquisa diz respeito ao viés de seleção dos participantes, restritos a profissionais atuantes no município de Florianópolis e que se interessaram em participar do seminário em final de semana. O ato desta cidade já ter uma cultura de prática de PIC mais efetiva e com um histórico recente de maior aceitação das PIC tornou a seleção enviesada, inviabilizando generalizações para outros locais e mesmo para o conjunto dos profissionais de Florianópolis ou da sua APS.

Por outro lado, provavelmente os resultados dizem algo significativo sobre a parte dos profissionais do SUS e da APS que gostaria de aprender Reiki.

6 REFERÊNCIAS

ARVONIO MM. Cultural competency, autonomy, and spiritual conflicts related to Reiki/CAM therapies: Should patients be informed? *Linacre Q*, v. 81, n. 1, p. 47–56, 06PY - 2014.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE REIKI. Disponível em: <http://www.associacaoportuguesadereiki.com>>. Acesso em: 29 out. 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REIKI-A.B.R. Disponível em <<http://www.ab-reiki.com.br/>>Aceso em 09-06-2012.

BABENKO, P.C. Reiki: Um Estudo Localizado Sobre Terapias Alternativas, Ideologias e Estilos de Vida.125 f. Dissertação(Mestrado em Ciências Sociais), Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.2004. 114 p.

BALDWIN, A. L. *et al.* The Touchstone Process: an ongoing critical evaluation of reiki in the scientific literature. *Holistic nursing practice*, PMID: 20706088, v. 24, n. 5, p. 260–276, out. 2010.

BARDIN, L. Tradução de Luis Antero Neto e Augusto Pinheiro. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARDIN L. Análise de conteúdo . Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, N. F. DE; SIEGEL, P.; SIMONI, C. D. Política Nacional de

Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 12, p. 3066–3067, dez. 2007.

BATISTA, P. S. DE S. A valorização da espiritualidade nas práticas de educação popular em saúde desenvolvidas na atenção básica. *RECIIS*, v. 4, n. 3, 30 set. 2010. Disponível em: <>. Acesso em: 6 ago. 2015.

BOYD, R. Metaphor and theory change: what is "metaphor" a metaphor for? In: ORTONY, A. (Ed.). *Metaphor and thought*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993. p 481-532

BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. A pesquisa qualitativa fenomenológica à procura de procedimentos rigorosos. In: . *Fenomenologia: confrontos e avanços*. São Paulo: Cortez, 2000. p. 70-102.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em:

<www.planalto.gov.br/ccivil_03/constitui . Acesso em: 21 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil.

Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. (org. Elizabeth Costa Dias; co. Idelberto Muniz

Almeida et al.). Série A. Normas e Manuais Técnicos; n 114. Brasília: Editora MS, 2001. 580 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: a clínica ampliada – (Série B. Textos Básicos de Saúde), Brasília, 2004, 18 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.

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, DF, 3 mai. 2006.

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

BRASIL. Decreto nº 7602 que Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Disponível em: <02011-2014/2011/decreto/d7602.htm>. Acesso em: 25 jul.2015.

BRASIL, M. DA S. As praticas integrativas e complementares como cuidado emancipador. [S.l.]: DAB Curso Gestão PICS., 2015

BRASIL, M.DAS. II Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília:[s.n.],2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso/Ministério da Saúde. 2.ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 98 p.

BRITO, L. M. DE. Programa Mais Médicos: satisfação dos usuários das unidades básicas de saúde de Ceilândia/DF quanto ao atendimento médico. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação/Bacharelado. 2015.

BROOM, A.; ADAMS, J. Evidence-based Healthcare in Context: Critical Social Science Perspectives. [S.l.]: Ashgate Publishing, Ltd., 2012.

BOWDEN, D.; GODDARD, L.; GRUZELIER, J. A randomised controlled single- blind trial of the effects of Reiki and positive imagery on well-being and salivary cortisol. Brain Research Bulletin, v. 81, n. 1, p. 66–72, jan. 2010.

CAES, A. L. A ORIENTALIZAÇÃO DO OCIDENTE: elementos reflexivos para a compreensão da interação e integração. *Mosaico*, v. 2, n. 2, p. 154–164, 2009.

CAPC - Centro de Apoio ao Paciente com Câncer. Acesso em: 25 abril. 2014.

CAPRARA, A. An hermeneutic approach to health-disease relationship. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 923–931, ago.2003.

CENTRO DE PESQUISAS EM REIKI. Centro de Pesquisas em Reiki. [S.l: s.n.]. Disponível em: <<http://www.centerforreikiresearch.org/>>. 2015

CONTATORE, O. A.; MALFITANO, A. P. S.; BARROS, N. F. DE. Os cuidados em saúde: ontologia, hermeneutica e teleologia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, n. 0, 2017.

CUNEO,C.L.et al. The Effect of Reiki on Work-Related Stress of the Register ed Nurse. *Journal of Holistic Nursing*, v. 29, n. 1, p. 33–43, 1 mar.2011.

DA MOTTA, P. M. R.; DE BARROS, N. F. Aplicação de técnicas de imposição de mãos na dor: reiki, toque terapêutico e toque de cura. *Brasília Med*, v. 51, n. 1, p. 49–58, 2014.

DA MOTTA, P. M. R.; TAVARES, M. M. Evidence-based healthcare in context: critical social science perspective. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 12, p. 2563– 2564, dez. 2013.

DASILVA,I.F. O cuidado e o cuidado de si dos profissionais da atenção básica: santo de casa faz milagre? 2014. Dissertação de Mestrado – Porto Alegre, 2014.

DAL-FARRA, R. A.; GEREMIA, C. Health education and spirituality: methodological propositions. *Revista Brasileira de Educação Médica*,v.34,n.4,p.587–597,dez. 2010.

DE'CARLI, Johnny. Reiki: apostilas oficiais. – São Paulo: Isis, 2013.

DÍAZ-RODRIGUEZ L. et. al Uma sessão de Reiki em enfermeiras diagnosticadas com síndrome de Burnout tem efeitos benéficos sobre a concentração de IgA salivar e a pressão arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1132-1138, set./out. 2011.

DYNIWICZ, Ana Maria. Metodologia de pesquisa em saúde para iniciantes. 2ª. Ed, –São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2009.

FELIPE BAUER. Apostila dos Seminários de Iniciação em Reiki - Nível I - Projeto Amanhecer HU/UFSC, 39 p. , 29 ago. 2015.

ERDOGAN, Z.; CINAR, S. The effect of Reiki on depression in elderly people living in nursing home. *Indian Journal of Traditional Knowledge*, v. 15, n. 1, p. 35–40, 2016.

ESTEVEES, M. L.; JACOBS, F.; FERNÁNDEZ, M. R. Gestão de

Stress e Reiki–Nova abordagem Psicoterapêutica. *INFAD-Revista de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, p. 327–336, 2009.

FAVERO, L. et al. Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. *Acta paul enferm*, v. 22, n. 2, p. 213–8, 2009.

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. S. A polêmica em torno do conceito de estresse. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 19, n. 3, p. 40–51, jan. 1999.

FRANCA, Flávia Maria de et al. Aspectos Burnout e trabalhistas nas equipes de enfermagem de dois hospitais de médio porte. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 20, n. 5, p. 961-970, outubro de 2012.

FRANCO L. C. et. al Terapias não farmacológicas no alívio da dor neuropática diabética: uma Revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo*, v. 24, n. 2, p. 284-288, out. 2011.

FRANCO GP, Barros ALBL de, Nogueira-Martins LA, Zeitoun SS. Burnout in nursing residents. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]*. 2011 Mar [cited 2015 Apr 17];45(1):12–8. Available from: -62342011000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia*. [S.l.]: Ega, 1996. Disponível em: Acesso em: 26 jul.2015.

FRIEDMAN,R.S.C.et.al.Effects of Reiki on autonomic activity yearly after acute coronary syndrome. *Journal of the American College of Cardiology*, PMID: 20828654, v. 56, n. 12, p. 995–996, 14 set.2010.

GADAMER, HG. *Verdade e método*. I: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Ênio Paulo Giachini. 9ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2008a.

GADAMER, HG. *O caráter oculto da saúde*. Tradução de Antônio Luz Costa. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2006.

GAGLIARDI Filho, Julio Cesar ; Beraldi, Gabriel H. ; NUNES, M P T

; GANNAM, S. A. . Espiritualidade no Curriculum das Escolas Médicas no Mundo e no Brasil. In: 48 COBEM Congresso Brasileiro de Educação Médica, 2010, Goiânia. Revista De Educação Permanente Em Saúde. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2010. v. 34. p. 136.

GARÉ, R. R. Efeitos do Reiki na evolução do granuloma induzido através da inoculação do BCG em hamsters e do tumor ascítico de ehrlich induzido em camundongos. 2008, 63f. Dissertação (Mestrado em

Medicina Veterinária) – Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. GIL, Antônio Carlos. O Projeto na Pesquisa Metodológica. USCS.

GARNELO, L.; LANGDON, J. A a Antropologia e a Reformulação das Práticas Sanitárias na Atenção Básica. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina, n. Fiocruz, p. 708, 2005.

GERBER, R. Medicina Vibracional: uma medicina para o futuro. 1. ed. São Paulo: Cultrix, 2007. Disponível em: <[uploads/2013/09/115068954-medicina-vibracional-richard-gerber.pdf](#)>. Acesso em: 22 maio 2015.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar Projetos de Pesquisa. São Paulo, 5. ed. Atlas, 2010.

GIORGI, Amedeo (Org.). Phenomenological and psychological research. p. 8-22. Pittsburgh: Duquesne University Press. 1985.

GÖTTES L. B. D.; PIRES M. R. G. M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. Ciência e Sociedade, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2009.

GONÇALVES, E.; Síndrome de Burnout: desconhecida, mas perigosa. Folha de Londrina. 2008 Mar 17; cad. 2, p. 7.

GRUPO HOSPITAL CONCEIÇÃO. Disponível em <<http://ghc.com.br>>. Acesso em: 25 out. 2012.

HOSPITAL SANTA ISABEL, Responsabilidade Social, 2014. Acesso em 25 abril.

HOSPITAL DE BASE DE BRASÍLIA. Acesso em 25 abril. 2014
INSTITUTO BRASILEIRO DE PESQUISAS E DIFUSÃO DO REIKI, 2017. Disponível em: <<http://reikiunivmestre-johnny-de-carli/>>. Acesso em: 11 Julho. 2017

KAMIMURA, Q. P.; TAVARES, R. S. C. R. Acidentes do Trabalho Relacionados a Transtornos Psicológicos Ocupacionais. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, v. 01, n. 02, p. 140–156, 1 dez. 2012.

KENNEDY P. Working with survivors of torture in Sarajevo with Reiki. Complement Ther Nurs Midwifery, v. 7, n. 1, p. 4–7, 00PY - 2001 2001.

KLATT O.; LINDNER N. O Reiki e a medicina tradicional. São Paulo: Pensamento, 2009. 181p.

LAFRENIERE, K. D. et al. Effects of therapeutic touch on biochemical and mood indicators in women. The Journal of Alternative

and Complementary Medicine, Canadá, v. 5, n. 4, p. 367-370, 1999. acm.1999.5.367.

LATORRE, M.A. The use of Reiki in psychotherapy. Perspectives in psychiatric care, PMID: 16297024, v. 41, n. 4, p. 184–187, dez.2005.

LE FANU, J. . The rise and fall of modern medicine. London: Carroll & Graf; 2000.

LEVIN, J. Deus, Fé E Saúde. [S.l.]: Editora Cultrix, 2006.

LEVIN, J.S.; JONAS, W.B. (editores) Tratado de medicina complementar e alternativa. São Paulo: Manole, 2001.

LONG, L.; HUNTLEY, A.; ERNST, E. Which complementary and alternative therapies benefit which conditions? A survey of the opinions of 223 professional organizations. Complementary Therapies in Medicine, cited By 73, v. 9, n. 3, p. 178–185, 2001.

LUZ, M. T. contribuição do conceito de Racionalidades Médicas para o campo da Saúde: estudos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. IV CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS e HUMANAS em SAÚDE/ ABRASCO; VIII CONGRESSO DA ALAMES; XICONGRESSO DA IAHP SALVADOR / 13-18 julho de 2007.

LUZ, M. T. Fragilidade Social e Busca de Cuidado na Sociedade Civil Hoje. In: Cuidado: as fronteiras da integralidade/Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. 324p.

MALLMANN, A. GAIO, R. SILVA, R. O Processo de Gestão Social no Projeto Amanhecer: Um Estudo de Caso. 2011.

MARCONI, M. A., & LAKATOS, E. M. Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Educ/Moraes, 1989

MENENDEZ, E. L. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Relume Dumará, 1998. (Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras).

MENÉNDEZ, E. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciênc. saúde. colet., v. 8, n.1, p. 185-208.

NCCAM - National Center for Complementary and Alternative Medicine, Acesso em 25 April de 2014.

MERHY, E.E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da

Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p. 108–137, 2004.

MILES, P. Preliminary report on the use of Reiki HIV-related pain and anxiety. *Alternative therapies in health and medicine*, PMID: 12652881, v. 9, n. 2, abr. 2003.

MINAYO, M. C. DE S. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. [S.l.]: Abrasco, 1993. (2a. Edição).

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007

NASCIMENTO, K. C.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões dos cuidados intensivos: a teoria do cuidado transpessoal e complexo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 17, n. 2, p. 215–21, 2009.

OLIVEIRA, M. C. DE. Care models as a structural axis for interdisciplinary and multi-professional health activities. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 347–355, set. 2008.

OLIVEIRA R. M. J. Avaliação de efeitos da prática de impositação de mãos sobre os sistemas hematológico e imunológico de camundongos machos. 2003. 96f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

OLIVEIRA R. M. J. Estudo sobre os Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse: estudo placebo e randomizado. 2013 (Tese de Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 2013.

OLIVER, K.; NORBERT, L. O Reiki e a Medicina Tradicional: como a medicina energética e a medicina classica se completam. São Paulo: Pensamento, 2009. OMS – Organização Mundial de Saúde: National Institute of Health (NIH)

PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, É. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública Five years of the National Policy of Humanization: the trajectory of a public policy. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, p. 4541–4548, 2011.

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

PNIC NO SUS: Passos para o pluralismo na saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n.12, p.3066-3067, dez. 2007. POLICLINICA GOUVEIA DE BARROS.

PROJETO AMANHECER – HU/UFSC. Disponível em: [ores/projeto_amanhecer](#), Acesso em 25 Abril 2014.

REIKI no Hospital Santa Isabel em Salvador-Bahia. Disponível em: <Acesso em 25 Abril de 2014.

RESOLUÇÃO Nº 466 do CONEP/CNS. Acesso em 08 de Maio 2014. SALLES, S. A. C. A presença da homeopatia nas faculdades de medicina brasileiras: resultados de uma investigação exploratória. *Rev bras educ med*, v. 32, p. 283–90, 2008.

SCOFANO, D.; LUZ, M. T. Vitalism and vital normativeness: Hahnemann and Canguilhem. *International Journal of High Dilution Research*, v. 7, n. 24, p. 140–146, 2008.

SOUZA, E. F. A.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 16, n. 2, p. 393–405, 2009.

SOUSA, I. M. C. ; BODSTEIN, R. C. A. ; HORTALE, V. A. ; TESSER, C. D. ; SANTOS, F. A. S. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)*, v. 28, p. 2143-2154, 2012.

STUMM, Rutá Ganize Camargo. Revisão Bibliográfica sobre o uso do Reiki. 2012. UFSM. Monografia de curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde.

TEIXEIRA F. N. B. Imposição de mãos: um estudo de religiões comparadas. 2009. 97f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2009.

TESSER C. D.; BARROS N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.42, n. 5, p. 914-920, out. 2008. TESSER, CD. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(3):465-484, 2007.

TESSER, C.D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucas exploradas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8):1732-1742, ago, 2009

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades-médicas-e-integralidade. [S.l: s.n.], 2007

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. DE S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. Supl 3, p. 3615–24, 2010.

TONIOL, R. Espiritualidade que faz bem: Pesquisas, políticas públicas e práticas clínicas pela promoção da espiritualidade como saúde. *Sociedad y religión*, v. 25, n. 43, p. 110–146, 2015.

TROVO M. M et al. Terapias alternativa/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 483-489, ago. 2003.1

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas,1997

VASCONCELOS, E.M. A espiritualidade no cuidado e na educação em saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). Espiritualidade no trabalho em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. p.9-162.

WARDELL, D. W.; ENGEBRETSON, J. Biological correlates of Reiki Touchsm healing. Journal of Advanced Nursing, v. 33, n. 4, p. 439–445, 18 fev. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ED.). WHO traditional medicine strategy, 2014-2023. Geneva: World Health Organization, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Figura 8: TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (parte 1)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto:

"A iniciação em Reiki e as práticas de cuidado de profissionais do SUS"

Pesquisador responsável: Tony de Carlo Vieira

- 1) Esta pesquisa tem como objetivo descrever e analisar a experiência de profissionais de saúde do SUS do município de Florianópolis com iniciação e prática em Reiki Nível I. Ela contribuirá para aumentar o conhecimento científico e o entendimento dos significados e potencialidades desta prática de cuidado na perspectiva de profissionais de saúde que se iniciam nela.
- 2) Você está sendo convidada(o), neste momento a participar desta pesquisa e a oferecer seu depoimento por meio de entrevistas gravadas e possivelmente participar de conversa em grupo também gravada. Além disso, durante o seminário de iniciação em Reiki I e em outros momentos a combinar o pesquisador poderá estar presente registrando informações sobre sua participação no seminário e sua prática, através de conversas informais gravadas e observação.
- 3) Por meio deste termo, você está consentindo em participar desta pesquisa e autorizando que utilizemos seu depoimento como fonte de informação. As entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra. A qualquer momento a entrevista poderá ser interrompida ou não ser gravada, se assim o solicitar.
- 4) Não será realizado nenhum outro procedimento além dos acima mencionados em função da sua participação nesse estudo, nem haverá nenhum benefício direto para você decorrente de sua participação (pagamento, exames, tratamentos, remédios).
- 5) Os riscos possíveis da pesquisa são algum cansaço, indisposição ou algum outro desconforto emocional derivado da entrevista. Nesse caso, sinta-se à vontade para conversar com o pesquisador, que pode suspender ou cancelar a entrevista, ou dividi-la em duas sessões.
- 6) Sua identidade será mantida em sigilo durante todas as fases da pesquisa, como recomenda a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- 7) Você tem o direito de receber resposta a qualquer tipo de dúvida sobre os métodos utilizados na pesquisa, os riscos, os benefícios e outras.
- 8) Você pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, antes ou após as entrevistas/conversas em grupo, bastando para isso apenas entrar em contato com o pesquisador responsável por qualquer um dos meios citados ao final deste termo.
- 9) Não serão oferecidos aos participantes da pesquisa benefícios ou

APÊNDICE A

Figura 9: TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (parte 2)

acompanhamentos posteriores ao encerramento/interrupção da mesma, que não envolve procedimentos além de entrevistas, conversas e observação participante como forma de coleta de dados.

10) Aos sujeitos participantes da pesquisa não haverá cobertura de eventuais despesas, tendo em vista que os únicos gastos previstos para realização da pesquisa serem custeadas pelo pesquisador, para sua locomoção própria até os locais de entrevista/observação. Algum dano eventual decorrente dos procedimentos da pesquisa será indenizado pelo pesquisador responsável.

11) Este termo encontra-se elaborado em duas vias rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo participante convidado, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada (s), com as assinaturas na mesma folha. O participante da pesquisa receberá uma das vias assinadas.

12) Os contatos do pesquisador responsável para solucionar qualquer tipo de dúvida, e/ou cancelar sua participação em qualquer fase da pesquisa, são os seguintes: -Telefone: (48) 96722399 - Email: tonydecarlovieira@gmail.com

A presente pesquisa é autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, vinculada à Pró-Reitoria de Pesquisa e localizada no Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SCCEP 88.040-400, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Assim, de posse dessas informações, você declara agora conhecer seus direitos, ser maior de idade ou emancipada(o), e desejar participar, livremente, desta pesquisa.

Florianópolis, _____ de _____ de 2015.

Seu nome: _____

Data de nascimento: _____

Número do documento (RG ou CPF): _____

Assinatura: _____

Eu, Tony de Carlo Vieira, declaro que ofereci todas as informações necessárias à entrevistada ou seu responsável legal.

Data: ____/____/20____

APÊNDICE B

Figura 10 – Formulário de pré-inscrição dos seminários de Reiki no SUS (parte 1)



✎ Editar este formulário



Inscrição para os Seminários de Reiki no
SUS - Projeto Amanhecer do HU/UFSC

***Obrigatorio**

Nome Completo *

Sexo *

Masculino
 Feminino
 Outros

RG *

Digite seu numero do Registro de Identidade

CPF *

Digite seu numero de Cadastro de Pessoa Fisica

Data de Nascimento *

Email *

Telefone (Celular) *

Telefone (Comercial)

Matricula/Cadastro Funcional *

APÊNDICE B

Figura 11 – Formulário de pré-inscrição dos seminários de Reiki no SUS (parte 2)

Informe seu seu número de matrícula/cadastro funcional

Empregador *

Vínculo Trabalhista *
Informar a forma de vínculo trabalhista com o empregador

Efetivo/Estatutário
 Residência Integrada Multiprofissional
 Mestrado Profissional/Residência Médica
 Celetistas/Terceirizados
 Outros

Função *
Qual seu cargo ou função ocupada no empregador

Local de trabalho(Bairro/Distrito) *
Qual o bairro/distrito de seu local de trabalho

Atua em que departamento/setor no empregador informado *

Qual sua relação anterior com o Reiki *

Quais motivos levaram você a buscar formação em Reiki? *

Aceitaria participar de pesquisa acadêmica relatando sua experiência após a realização do seminário de Reiki? *

Sim
 Não

Tem disponibilidade para participar do seminário caso seja realizado final de semana(sábado?) *

Sim
 Não

Enviar

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

100% concluído

ANEXOS

ANEXO A

Figura 12 – Autorização Comitê de Ética e Pesquisas da
HU/UFSC

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CAMPUS REITOR JOÃO DAVID FERREIRA LIMA - TRINDADE - CEP 88040-900 -
FLORIANÓPOLIS / SC
TELEFONE +55 (48) 3721-9164 - FAX +55 (48) 3721-8354

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "A INICIAÇÃO EM REIKI E AS PRÁTICAS DE CUIDADO DE PROFISSIONAIS DO SUS", e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 06/15


Profº Carlos Alberto Justo da Silva
Diretor Geral HU/UFSC

ANEXO B

Figura 13 – Autorização do Comitê de Ética e Pesquisas da
SMS/PMF

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 05 de agosto de 2015.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulada "**Iniciação em Reiki e as práticas de cuidado de profissionais do SUS**", da pesquisadora responsável *Tony de Carlo Vieira*. Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com as rotinas que foram apresentadas para o pesquisador. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos (**1ª e 2ª fase em momentos diferentes, com Ofícios de autorização diferenciados**), condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH e definição em conjunto dos locais e sujeitos de pesquisa.

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matricula 26212-9
SMS - PMF

Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPS
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Florianópolis

ANEXO C

Figura 14 – Parecer consubstanciado para autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisas da UFSC (parte 1)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC 	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: A iniciação em Reiki e as práticas de cuidado de profissionais do SUS	
Pesquisador: CHARLES DALCANALE TESSER	
Área Temática:	
Versão: 2	
CAAE: 46278915.2.0000.0121	
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
DADOS DO PARECER	
Número do Parecer: 1.249.436	
Apresentação do Projeto:	
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, MESTRANDO: TONY DE CARLO VIEIRA Orientado por Charles Dalcanale Tesser.	
O Reiki como parte das PIC's Praticas Integrativas Complementares ao cuidado de pacientes vinculados ao projeto Amanhecer/HU/UFSC que, desde sua fundação em 1996, tem oferecido gratuitamente à comunidade universitária terapias integrativas e complementares.	
Nestes quase 20 anos de atividades, tem estimulado a prática das PIC em diversas a abordagens, inclusive o Reiki. Profissionais de saúde, alunos e membros da comunidade acadêmica estão entre os usuários das praticas oferecidas pelo projeto, que também contempla vagas para usuários externos a comunidade da UFSC. Tal projeto de extensão está localizado e vinculado ao Núcleo de Capacitação Técnica do HU/UFSC. Foi concebido com o objetivo de atender os trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário da UFSC sendo intitulado na época "Cuidando de quem cuida".	
A metodologia é justificada por Minayo(1999) que destaca que: a metodologia inclui a articulação entre a teoria,os métodos e as técnicas empregados na investigação da pesquisa. Portanto a escolha destes últimos deve estar em consonância com o objeto de investigação e responder aos	
Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400 UF: SC Município: FLORIANOPOLIS Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br	

ANEXO C

Figura 15 – Parecer consubstanciado para autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisas da UFSC (parte 2)



Continuação do Parecer: 1.249.436

cumprir a Resolução 466/12 e resguardar os seus participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável Charles Dalcanale Tesser e pelo Coordenador do programa de pós graduação em saúde coletiva - Rodrigo Otávio Moretti Pinto.

Autorização e ciência do HU no cumprimento da res. 466/12 foi anexado e esta assinado pelo Diretor da instituição;

Foi anexada, de acordo com recomendação do parecer 1.147.370, a autorização da SMS _ Secretaria Municipal de Saude de Florianópolis.

Recomendações:

Sem mais recomendações, apenas que o pesquisador comprometa-se em cumprir a Res.466/12 e seus princípios éticos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendamos a aprovação da presente pesquisa, que após rever as recomendações do parecer 1.147.370, acrescentou Carta Resposta e revisou as recomendações de acordo com o solicitado por este Comitê, salientamos que os pesquisadores devem encaminhar ao final da pesquisa o 'relatório final' e se desejarem, relatórios parciais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_526934.pdf	05/08/2015 19:05:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Pesquisa Comitê Ética 18.07.15.pdf	05/08/2015 19:04:06		Aceito
Outros	Resposta ao Parecer Substanciado CEPESH 18.07.15.pdf	05/08/2015 19:03:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Pesquisa Tony Vieira-18.07.2015.pdf	05/08/2015 19:02:58		Aceito
Outros	Declaração SMS PMF.pdf	05/08/2015 19:02:03		Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO C

Figura 16 – Parecer consubstanciado para autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisas da UFSC (parte 3)



Continuação do Parecer: 1.249.436

que as profissionais podem ter colocado de lado. Essas dificuldades podem incluir um entrevistado que se emociona ao falar de temas delicados.

Entendemos que mesmo de maneira branda estas situações podem se colocar, o que não é incomum nas pesquisas qualitativas. As entrevistas em alguns casos podem passar de 1 hora de duração, sendo assim, deveremos tomar cuidado com o tempo e o conforto dos entrevistados. Entendemos aqui como efeitos possíveis: cansaço, indisposição, sono, fadiga, sede, fome, ou algum outro desconforto emocional emergido pelo ato da pesquisa. Se o local das entrevistas for o Projeto Amanhecer/UFSC, há consultórios para as entrevistas, sala de descanso com sofá, bebedor com água mineral, chás, lenços de papel. Se for em outro local o pesquisador providenciará água e lenços de papel. Em caso de impossibilidade de continuidade das pesquisas pelos motivos citados anteriormente, esta poderá ser fragmentada em duas sessões se for o caso, para maior conforto dos entrevistados.

Benefícios:

Esta pesquisa contribuirá para aumentar o conhecimento científico e o entendimento dos significados e potencialidades da prática do Reiki na perspectiva de profissionais de saúde que se iniciam nela.

O pesquisador considera riscos e benefícios em acordo com a resolução 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com a prerrogativas do SUS, o campo das práticas integrativas e complementares contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de

tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. ao gestor municipal cabe garantir alguns processo para que estas Práticas se insiram nas rotinas do SUS no âmbito municipal, acompanhando e integrando as atividades de cuidados. O Reiki destaca-se como prática integrativa presente em cerca de 25% dos Estados.

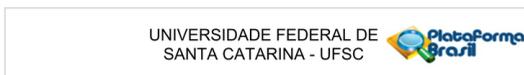
Florianópolis destaca-se como Município em que já há normativa a respeito das Práticas Integrativas Complementares desde 2010 (INSTRUÇÃO NORMATIVA/PMF/SMS004/2010), sendo que a realidade do país é de apenas 6% dos municípios com estas diretrizes estabelecidas.

Assim consideramos a relevância acadêmica e social do tema e da pesquisa, sendo que esta deve

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@conlato.ufsc.br

ANEXO C

Figura 17 – Parecer consubstanciado para autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisas da UFSC (parte 4)



Continuação do Parecer: 1.249.436

cumprir a Resolução 466/12 e resguardar os seus participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável Charles Dalcanale Tesser e pelo Coordenador do programa de pós graduação em saúde coletiva - Rodrigo Otávio Moretti Pinto.

Autorização e ciência do HU no cumprimento da res. 466/12 foi anexado e esta assinado pelo Diretor da instituição;

Foi anexada, de acordo com recomendação do parecer 1.147.370, a autorização da SMS _ Secretaria Municipal de Saude de Florianopolis.

Recomendações:

Sem mais recomendações, apenas que o pesquisador comprometa-se em cumprir a Res.466/12 e seus princípios éticos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendamos a aprovação da presente pesquisa, que após rever as recomendações do parecer 1.147.370, acrescentou Carta Resposta e revisou as recomendações de acordo com o solicitado por este Comitê, salientamos que os pesquisadores devem encaminhar ao final da pesquisa o 'relatório final' e se desejarem, relatórios parciais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_526934.pdf	05/08/2015 19:05:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Pesquisa Comitê Ética 18.07.15.pdf	05/08/2015 19:04:06		Aceito
Outros	Resposta ao Parecer Substanciado CEPSC 18.07.15.pdf	05/08/2015 19:03:43		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Pesquisa Tony Vieira-18.07.2015.pdf	05/08/2015 19:02:58		Aceito
Outros	Declaração SMS PMF.pdf	05/08/2015 19:02:03		Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-4094 **E-mail:** cep.proseaq@contato.ufsc.br

ANEXO C

Figura 18 – Parecer consubstanciado para autorização da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisas da UFSC (parte 5)



Continuação do Parecer: 1.249.436

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_526934.pdf	18/06/2015 13:27:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Pesquisa Tony Vieira-18.06.2015.pdf	18/06/2015 13:26:26		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_526934.pdf	12/06/2015 18:13:59		Aceito
Outros	Autorização HU Pesquisa Reiki no SUS.pdf	12/06/2015 17:53:47		Aceito
Folha de Rosto	FR assinada charles0001.pdf	03/06/2015 19:55:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Pesquisa Comitê Ética Tony Vieira-03.06.2015 HU.pdf	03/06/2015 19:51:52		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 29 de Setembro de 2015

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br