



**SILVANA POSSANI MEDEIROS**

**REIKI COMO TECNOLOGIA DE CUIDADO EM ENFERMAGEM ÀS PESSOAS  
COM DEPRESSÃO**

**RIO GRANDE**

**2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**REIKI COMO TECNOLOGIA DE CUIDADO EM ENFERMAGEM ÀS PESSOAS  
COM DEPRESSÃO**

**SILVANA POSSANI MEDEIROS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologia de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

**ORIENTADORA:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Adriane Maria Netto de Oliveira.

**RIO GRANDE**  
**2018**

Ficha catalográfica:

M488r Medeiros, Silvana Possani

Reiki como tecnologia de cuidado em enfermagem às pessoas com depressão/Silvana Possani Medeiros. - Rio Grande: [s.n], 2018.  
95 f.: il. ; 33 cm.

Orientação: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Adriane Maria Netto de Oliveira  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
Referências bibliográficas: f. 71-78.

1. Depressão. 2. Saúde Mental. 3. Toque Terapêutico. 4. Cuidados de Enfermagem Psiquiátrica. I. Oliveira, Adriane Maria Netto de. II. Universidade Federal do Rio Grande. III. Título

CDU: 616-083.89

Catálogo na fonte: Bibliotecária Luciane Silveira Amico Marques – CRB 10/2375

**Folha de Aprovação**

**SILVANA POSSANI MEDEIROS**

**REIKI COMO TECNOLOGIA DE CUIDADO EM ENFERMAGEM ÀS  
PESSOAS COM DEPRESSÃO**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 20 de dezembro de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.



---

Giovana Calcagno Gomes

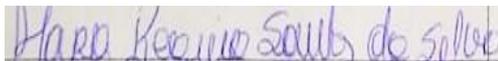
Coordenadora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – FURG

**BANCA EXAMINADORA**



---

Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira - Presidente (FURG)



---

Dra. Mara Regina Santos da Silva - Efetivo (FURG)



---

Dr. Alessandro Marques dos Santos - Efetivo Externo (UCPEL)



---

Dra. Diéssica Roggia Piexak - Suplente (FURG)



---

Dr. Márcio Rossato Badke - Suplente Externo (UFSM)

## APRESENTAÇÃO

Durante o meu processo de formação na Escola de Enfermagem, sempre me voltei para temáticas de cunho singulares, calcadas na humanização, empatia, integralidade, no que se refere ao cuidado de enfermagem. Porém, a vontade de aprimorar o conhecimento relativo ao Reiki foi despertada cientificamente, no terceiro semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, a partir do cumprimento dos créditos optativos da disciplina Terapias Alternativas, onde pude vivenciar diversas formas de tratamento que não os alopáticos, o qual despertou intenso interesse pelas práticas vibracionais ou energéticas.

Sendo assim, no intuito de conhecer mais a respeito da ciência integrativa da enfermagem desenvolveram-se atividades que corroboram com a temática, as quais culminaram no meu trabalho de conclusão de curso, onde foi abordado o Toque Terapêutico no cuidado a estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, no ano de 2015, proporcionando maior conhecimento técnico científico, buscando agregar mais saberes em prol de um bem maior que é o cuidado integral em enfermagem, a fim de obter resultados positivos.

Não obstante, no mesmo ano, iniciei a trajetória de formação como Terapeuta Reikiana que, após muita prática e dedicação, por um período de aproximadamente dois anos, alcancei o nível 3A. Hoje, depois de três anos exercendo a prática do Reiki, quatro anos na prática de Toque Terapêutico, agregados ao estudo constante, posso afirmar que o encontro com as Práticas Integrativas, há algum tempo, mais especificamente, no terceiro período da graduação foi um divisor de águas na minha vida, pois cada vez mais, vivencio os benefícios desses métodos inovadores de cuidado no cotidiano da assistência em enfermagem.

A presente dissertação de Mestrado em Enfermagem, intitulada: “**Reiki como tecnologia de cuidado em enfermagem às pessoas com depressão**” emerge por meio da visibilidade dos benefícios do Reiki como um potencializador do tratamento tradicional em Saúde Mental, prestando um cuidado de enfermagem mais humanizado, empático e integral.

## **DEDICATÓRIA**

**Dedico este trabalho,**  
A energia universal que me proporciona ser instrumento capaz de agir  
de forma positiva na vida das pessoas.

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço sinceramente,*

*Ao CNPq, pelo investimento que tornou possível esta pesquisa.*

*À Adriane, orientadora deste trabalho, pela sensibilidade e coragem de embarcar nesse  
sonho comigo.*

*Ao PPGEnf, em especial, aos professores com os quais tive a oportunidade e o bom grado de  
conviver e estreitar laços: à Diéssica, à Mara, à Daiane e à Giovana.*

*Aos professores da banca: ao Alessandro e ao Marcio, pelas contribuições e, principalmente  
pela paciência, compreensão e carinho.*

*À Aline, professora, Reikiana e amiga, por me impulsionar a ser o que sou hoje.*

*À Equipe do Ambulatório de Saúde Mental, pelo empenho em tornar esse estudo possível e  
pelo imenso carinho.*

*Aos colegas do mestrado, pelas aulas, cafés e discussões construtivas durante essa trajetória.*

*Aos colegas que se tornaram amigos, à Aline (minha irmã caçula), à Cíntia (por ser a voz da  
minha consciência), ao Eliel (pelos churrascos e por desopilar comigo), à Juliana (pela ajuda  
nos momentos de desespero), à Jéssica (pelo bom senso), à Fernanda e à Patricia (por me  
encantarem com seu conhecimento e humildade), à Bibiane (pelas risadas), à Vanessa (pela  
sobriedade e postura), por tudo isso, e mais o que eu digo para vocês, todos os dias.*

*Ao Gabriel e ao Charles, em especial, pela proximidade dos afetos e pela amizade sincera.*

*Ao Matheus, pela amizade desde sempre, por acreditar e me amparar até o fim.*

*Ao Jeferson, pelo auxílio em tudo, especialmente pelo posicionamento humilde e constante.*

*Às minhas amadas tia Dir e dinda Danda, pelo apoio e por entender minha escolha,  
trajetória complexa, porém necessária.*

*À minha mãe, Dona Regina, por estar sempre comigo, mesmo que distante.*

*Ao meu irmão, Darlan, pelo apoio, orgulho e força, desde sempre!*

*À Melissa meu amor, pela alegria e pelo inesperado.*

*A todos vocês, pelo amor!*

*Meu muitíssimo obrigada!*

## RESUMO

MEDEIROS, Silvana Possani. **Reiki como Tecnologia de Cuidado em Enfermagem às Pessoas com Depressão**. 2018. 95f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

O estudo teve como objetivo geral: compreender a utilização do Reiki como instrumento de cuidado de enfermagem em pessoas diagnosticadas com depressão e, como objetivos específicos: aplicar o Reiki como intervenção do cuidado associado ao tratamento tradicional em pessoas diagnosticadas com depressão; identificar os aspectos positivos e/ou negativos do recebimento do Reiki, a partir da avaliação subjetiva realizada pelas pessoas que têm depressão e; identificar a percepção das pessoas diagnosticadas com depressão acerca do recebimento de Reiki associado ao tratamento tradicional. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Teve como referencial teórico a Ciência do Ser Humano Unitário de Martha Rogers. Participaram dez pessoas diagnosticadas com depressão, atendidas em um Ambulatório de Saúde Mental do extremo sul do Brasil. A coleta dos dados ocorreu nos meses de junho e julho de 2018, por meio de uma ficha avaliativa subjetiva dada aos participantes para preencherem, antes e após a aplicação do Reiki; do diário de campo, no qual eram registradas as observações realizadas pela terapeuta e da entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados com base na técnica de Análise Temática de Conteúdo, à luz dos conceitos e pressupostos da Teoria Ciência do Ser Humano Unitário e dos autores da revisão de literatura. Da análise resultaram quatro categorias: descrições do cuidado de enfermagem pelos participantes, ao longo das sessões de Reiki; observações na comunicação verbal e não verbal a partir da percepção da Terapeuta; percepções vivenciadas ao longo das sessões de Reiki e, modificações comportamentais a partir das sessões de Reiki. Os resultados são evidenciados por meio de dois artigos científicos. A pesquisa permitiu mostrar que o Reiki pode ser considerado como um importante instrumento de cuidado às pessoas com depressão, bem como, parece potencializar o tratamento tradicional oferecido pelo Ambulatório de Saúde Mental, pois, desde o primeiro contato com esta terapia foram registradas e observadas mudanças positivas na rotina dos participantes do estudo. Acredita-se que os profissionais da saúde mental devem se voltar também, para as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como instrumento de cuidado, uma vez que, associadas ao tratamento biomédico fazem com que a recuperação das pessoas seja mais rápida, sem a necessidade da utilização de tecnologias de alta complexidade; possivelmente, diminuindo, inclusive, a dose dos psicofármacos e demais medicamentos, o que gera menos ônus para o Sistema Único de Saúde, menor tempo de tratamento, podendo atender um maior número de pessoas, uma vez que a demanda é grande. Enfim, o Reiki contempla os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, principalmente no que se refere à integralidade e humanização, o que reforça sua importância como instrumento de cuidado a ser inserido na área da saúde mental, a fim de qualificar ainda mais o atendimento prestado pelas equipes dos dispositivos de saúde mental de um município do sul do Brasil.

**Descritores:** Depressão. Saúde Mental. Toque Terapêutico. Cuidados de Enfermagem. Enfermagem Psiquiátrica.

## ABSTRACT

MEDEIROS, Silvana Possani. **Reiki as a Technology of Nursing Care for People with Depression**. 2018. 95f. Dissertation. (Master degree in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande, 2018.

The purpose of the study was to understand the use of Reiki as an instrument of nursing care in people diagnosed with depression and, as specific objectives: to apply Reiki as a treatment intervention associated with traditional treatment in people diagnosed with depression; identify the positive and / or negative aspects of receiving Reiki from the subjective assessment performed by people who have depression and; identify the perception of people diagnosed with depression about receiving Reiki associated with traditional treatment. It is a research with a qualitative, exploratory and descriptive approach. It had as theoretical reference the Science of the Unitary Human Being of Martha Rogers. Ten people diagnosed with depression attended a Mental Health Clinic in the extreme south of Brazil. The data collection took place in June and July 2018, through a subjective evaluative form given to the participants to fill in, before and after the application of Reiki; of the field diary, in which the observations made by the therapist and the semi-structured interview were recorded. The data were analyzed based on the Thematic Content Analysis technique, in light of the concepts and assumptions of the Theory of Unitary Human Science and the authors of the literature review. From the analysis resulted four categories: descriptions of nursing care by the participants, throughout the sessions of Reiki; observations in verbal and non-verbal communication from the therapist's perception; perceptions experienced throughout Reiki sessions, and behavioral modifications from Reiki sessions. The results are evidenced through two scientific papers. The research showed that Reiki can be considered as an important instrument of care for people with depression, as well as, it seems to potentiate the traditional treatment offered by the Ambulatory of Mental Health, since, since the first contact with this therapy were registered and observed changes in the routine of study participants. It is believed that mental health professionals must also turn to Integrative and Complementary Practices in Health as an instrument of care, since, associated with biomedical treatment, they make the recovery of people faster, without the need for use of highly complex technologies; possibly reducing the dose of psychotropic drugs and other drugs, which creates less burden for the Unified Health System, shorter treatment time, and can serve a greater number of people, since the demand is great. Finally, Reiki contemplates the doctrinal principles of the Unified Health System, especially in what refers to the integrality and humanization, which reinforces its importance as an instrument of care to be inserted in the area of mental health, in order to qualify even more the care provided by the mental health device teams of a municipality in the south of Brazil.

**Keywords:** Depression. Mental health. Therapeutic Touch. Nursing care. Nursing Psychiatric.

## RESUMEN

MEDEIROS, Silvana Possani. **Reiki como Tecnología de Cuidado en Enfermería a las Personas con Depresión.** 2018. 95f. Disertación. (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande, 2018.

El estudio tuvo como objetivo general: comprender la utilización del Reiki como instrumento de cuidado de enfermería en personas diagnosticadas con depresión y, como objetivos específicos: aplicar el Reiki como intervención del cuidado asociado al tratamiento tradicional en personas diagnosticadas con depresión; identificar los aspectos positivos y / o negativos de la recepción del Reiki, a partir de la evaluación subjetiva realizada por las personas que tienen depresión y; identificar la percepción de las personas diagnosticadas con depresión acerca de la recepción de Reiki asociado al tratamiento tradicional. Se trata de una investigación con enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo. En el siglo XVIII, en el siglo XVIII, Participaron diez personas diagnosticadas con depresión, atendidas en un Ambulatorio de Salud Mental del extremo sur de Brasil. La recolección de los datos ocurrió en los meses de junio y julio de 2018, por medio de una ficha de evaluación subjetiva dada a los participantes para llenar, antes y después de la aplicación del Reiki; del diario de campo, en el cual se registraron las observaciones realizadas por la terapeuta y la entrevista semiestructurada. Los datos fueron analizados con base en la técnica de Análisis Temático de Contenido, a la luz de los conceptos y presupuestos de la Teoría Ciencia del Ser Humano Unitario y de los autores de la revisión de literatura. Del análisis resultaron cuatro categorías: descripciones del cuidado de enfermería por los participantes, a lo largo de las sesiones de Reiki; observaciones en la comunicación verbal y no verbal a partir de la percepción del Terapeuta; las percepciones vivenciadas a lo largo de las sesiones de Reiki y las modificaciones de comportamiento a partir de las sesiones de Reiki. Los resultados se evidencian a través de dos artículos científicos. La investigación permitió mostrar que el Reiki puede ser considerado como un importante instrumento de cuidado a las personas con depresión, así como, parece potencializar el tratamiento tradicional ofrecido por el Ambulatorio de Salud Mental, pues, desde el primer contacto con esta terapia se registraron y se observaron cambios positivos en la rutina de los participantes del estudio. Se cree que los profesionales de la salud mental deben volver también, para las Prácticas Integrativas y Complementarias en Salud como instrumento de cuidado, ya que, asociadas al tratamiento biomédico, hacen que la recuperación de las personas sea más rápida, sin la necesidad de utilización de tecnologías de alta complejidad; y en el caso de los pacientes con insuficiencia cardíaca, se observó una disminución de la dosis de los psicofármacos y demás medicamentos, lo que genera menos cargas para el Sistema Único de Salud, menor tiempo de tratamiento, pudiendo atender a un mayor número de personas, una vez que la demanda es grande. En fin, el Reiki contempla los principios doctrinarios del Sistema Único de Salud, principalmente en lo que se refiere a la integralidad y humanización, lo que refuerza su importancia como instrumento de cuidado a ser insertado en el área de la salud mental, a fin de calificar aún más la atención prestado por los equipos de los dispositivos de salud mental de un municipio del sur de Brasil.

**Descriptor:** La depresión. Salud mental. Toque Terapéutico. Cuidados de Enfermería. Enfermeira Psiquiátrico.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Chacras/Chakras .....	19
Figura 2 – Chacras e Glândulas Endócrinas .....	21
Figura 3 – Posições de Aplicação de Reiki .....	23

## LISTA DE ABREVIACÕES

<b>PICS</b>	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
<b>SH</b>	Ser Humano
<b>MA</b>	Meio Ambiente
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>PNPIC</b>	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>CEH</b>	Campo de Energia Humano
<b>PTS</b>	Projeto Terapêutico Singular
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>ANPPS</b>	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
<b>NANDA</b>	<i>North American Nursing Diagnostics Association</i>
<b>CA</b>	Campo Ambiental
<b>CSHU</b>	Ciência do Ser Humano Unitário
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>
<b>DSM-5</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
<b>CID-10</b>	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>ECG</b>	Eletrocardiograma
<b>EEG</b>	Eletroencefalograma
<b>SQUID</b>	<i>Superconducting Quantum Interference Devices</i>
<b>SNC</b>	Sistema Nervoso Central
<b>TR</b>	Terapeuta Reikiano
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>TGS</b>	Teoria Geral dos Sistemas
<b>ASM</b>	Ambulatório de Saúde Mental
<b>FURG</b>	Universidade Federal do Rio Grande
<b>CEPAS</b>	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
<b>NUMESC</b>	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
<b>TCLE's</b>	Termos de Consentimento Livres e Esclarecidos
<b>GEPESM</b>	Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	11
2.1 Objetivo Geral .....	11
2.2 Objetivos Específicos .....	11
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	12
3.1 Transtornos Depressivos .....	12
3.2 Reiki: da origem a atualidade .....	16
3.3 Relevância do Reiki e a Promoção da Saúde Mental .....	25
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	29
<b>5 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	39
5.1 Caracterização da Pesquisa .....	39
5.2 Cenário da Pesquisa .....	39
5.3 Participantes da Pesquisa .....	39
5.4 Coleta dos Dados .....	40
5.5 Análise dos Dados .....	41
5.6 Aspectos Éticos .....	42
<b>6 RESULTADOS</b> .....	43
6.1 ARTIGO 1 .....	44
6.2 ARTIGO 2 .....	56
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	72
<b>APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	80
<b>APÊNDICE B: FICHA AVALIATIVA POR SESSÃO DE REIKI</b> .....	81
<b>APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b> .....	82
<b>APÊNDICE D: MATERIAL EXPLICATIVO SOBRE REIKI</b> .....	83
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE- CEPAS/FURG</b> .....	86
<b>ANEXO – B PARECER DO NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (NUMESC)</b> .....	87

*“Sou eu quem te refresca a memória  
Quando te esqueces de regar as plantas  
E de dependurar as roupas brancas no  
varal... Só faz milagres quem crê que faz  
milagres”. (Zeca Baleiro)*

## **1 INTRODUÇÃO**

A depressão é considerada como o mal do século XXI, consistindo em uma doença que se caracteriza por um conjunto de sintomas psicológicos e físicos, geralmente associados a altos índices de comorbidades. Dentre os sintomas físicos, encontram-se: a dor crônica e ansiedade, com o potencial de levar a incapacitação da pessoa e ao suicídio (ROCHA-ALMEIDA; FARO, 2016).

Os sintomas da doença variam entre humor deprimido, na maior parte do tempo, perda do interesse ou prazer por quase todas as atividades cotidianas, além de: apatia; falta de confiança; percepção negativa de si e dos outros; alterações no apetite, sono e atividade psicomotora diminuída; fadiga; sentimentos de desvalia ou culpa; energia reduzida; excessiva irritabilidade; dificuldades de memória e na aprendizagem; isolamento social; pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (STOPA et al, 2015; ROCHA-ALMEIDA; FARO, 2016).

Em relação a sua prevalência, autores apresentam uma variável entre 7 % e 38%, na qual afirmam que a doença acomete um maior número de pessoas com histórico de eventos estressores no decorrer da vida, percepção de baixa qualidade de vida e condições de saúde e, aqueles com alguma limitação funcional, acometidos por doenças crônicas e comorbidades (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

Estima-se que 350 milhões de pessoas no mundo sofrem desta doença. Em 2030 será considerada a maior causa de incapacidade, o que faz desta um grave problema de saúde pública (HAASE; BROWN, 2015; GORDON; GOELMAN, 2016; HABERSTICK et al, 2016; LAYAN, TAO et al, 2016; WHO, 2016). É um dos transtornos mentais mais frequentes na atualidade e uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Trata-se de uma doença multifatorial, cujos fatores desencadeantes ainda são pouco conhecidos (CAI et al, 2013; GORDON; GOELMAN, 2016).

No Brasil, 5,8 % dos adultos foram diagnosticados com depressão, o que equivale a 11,5 milhões de pessoas. Dentre esses, em torno de 52% fazem uso de psicofármacos. O Rio Grande do Sul está em primeiro lugar entre os Estados que têm maior número de adultos deprimidos,

destacando-se que 13% das pessoas com 18 anos ou mais receberam o diagnóstico por um profissional de saúde (ONUBR, 2017).

Estudo contempla a necessidade e urgência de novas abordagens no que tange à questão do adoecimento e às formas de nele intervir, tais como: a clínica ampliada, a humanização do atendimento, as discussões sobre a integralidade em saúde e a produção do cuidado com vistas à transformação do modelo técnico-assistencial. Juntamente com tais abordagens, tem-se observado nos últimos 30 anos, uma crescente aceitação das Práticas Complementares e Integrativas em Saúde (PICS), em nossa sociedade (MELLO et al, 2013).

Essas práticas possuem bases teórico-filosóficas que se contrapõem ao modelo convencional, ou seja, o biomédico, cujo alicerce é o pensamento cartesiano. Seu enfoque visa um olhar holístico do ser humano (SH), integrando os sistemas físico, psicológico e social. Portanto, refutam a concepção do SH constituído por partes isoladas que podem ser analisadas de maneira independente, entendendo-o como a interdependência dessas partes que formam sua integralidade (MELLO et al, 2013). O SH é um todo unificado, indivisível e totalmente integrado ao meio ambiente (MA). Não podemos reduzi-lo a sistemas, nem a órgãos. O todo do SH interage com infinitas dimensões que compõem o Universo Pandimensional (ROGERS, 1990).

As PICS são preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Estratégias da Medicina Tradicional e compreendem um grupo de práticas de atenção à saúde, não alopáticas, englobando atividades como a Meditação, Toque Terapêutico e Reiki. Através destas ocorre o ressurgimento da visão milenar e ancestral do cuidado integral ao ser, levando em consideração seus aspectos emocionais, psicoafetivos e espirituais como elementos que afetam diretamente a saúde, colaborando para o aparecimento de doenças no corpo físico. O uso dessas terapias é baseado na confiança e no vínculo terapeuta-receptor (GALLI et al, 2012; OMS, 2013).

Apoiando e fortalecendo essas práticas, em 2006, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando desta forma, as estratégias de cuidado (BRASIL, 2006). Posteriormente, em março de 2018, por meio da Portaria nº 702/2018 agregou outros procedimentos oferecidos pela PNPIC no SUS, integrando as práticas terapêuticas de imposição de mãos, dentre elas, o Reiki como forma de cuidado aos usuários do SUS e alternativa de tratamento (BRASIL, 2018).

As PICS de modo geral, mas, neste estudo, especificamente, o Reiki, oportuniza aos gestores e profissionais da saúde, a partir de seus preceitos, um cuidado humanizado, integral e

contínuo, a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde das pessoas (BRASIL, 2006). Tais práticas emergiram com o intuito de reforçar o pressuposto da integralidade na atenção à saúde, assistindo a pessoa de forma global, diferenciado das ações convencionais que focam, em sua grande maioria, em um determinado órgão a ser recuperado e consideram a doença apenas sob o aspecto físico (FISCHBORN et al, 2016). É importante destacar que o Reiki, assim como as demais práticas complementares e integrativas, não exclui o tratamento alopático, mas podem ser realizados concomitantemente às demais medidas terapêuticas implementadas pela equipe de saúde (NASCIMENTO et al, 2012).

O Reiki surgiu em 1922, no Japão, com Mikao Usui que, após longa meditação instituiu os símbolos sagrados do mesmo, seus significados e usos. Através da filosofia do Reiki, os males, sofrimentos e a doença são entendidos como oriundos de desequilíbrios ou bloqueios energéticos gerados pelo SH ou pelo MA em que se encontra. A atuação do Reiki promove a restauração do equilíbrio energético, viabilizando a harmonia e a melhora nas condições de vida e de saúde das pessoas (MIWA, 2014; DE' CARLI, 2017). Reforçando tais afirmativas, Rogers comprova em seus estudos, que a relação saúde-doença se refere ao padrão do Campo de Energia Humano (CEH), que por sua vez norteia o curso de seu processo vital, considerando também, que seu desequilíbrio pode acarretar doença (ROGERS, 1990).

A prática do Reiki, geralmente é realizada por um toque suave ou pela imposição das mãos a uma curta distância do corpo da pessoa/receptor, incluindo a possibilidade de ser realizado à distância, sem haver necessidade da presença física do receptor (pessoa, planta, animal). Os praticantes são considerados canais para a transmissão da “Energia Vital Universal” para as regiões desequilibradas do corpo 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 (USUI; PETTER, 2014).

Nesse contexto, ressalta-se que os profissionais de saúde não devem olhar fixamente para o sofrimento ou a doença, ou seja, considerar apenas a queixa, mas precisam lembrar que seu trabalho é produzir vida de forma ampliada e, por isso devem cuidar de maneira integral. A partir desta concepção é possível criar um plano terapêutico singular (PTS), o qual deve incluir várias intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015a).

O PTS é definido como um instrumento potencial de cuidado aos usuários de serviços especializados de saúde mental, além de ferramenta de organização e sustentação das atividades baseadas nos conceitos de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado. Contem quatro momentos: “o diagnóstico”, com olhar sobre as dimensões orgânica, psicológica, social e o

contexto singular em estudo; “a definição de metas”, dispostas em uma linha de tempo, incluindo a negociação das propostas de intervenção com o indivíduo doente; “a divisão de responsabilidades e tarefas” entre os membros da equipe e “a reavaliação”, na qual se concretiza a gestão do PTS, através da avaliação e correção de trajetórias já realizadas (BRASIL, 2015a).

Uma das intervenções possíveis, ligadas ao PTS, consiste em introduzir as PICS, como um dos tratamentos para a depressão, implementando uma abordagem que procura associar práticas tradicionais baseadas em evidências com métodos que buscam tratar a pessoa de forma integral (BRASIL, 2006; BRASIL, 2018). Dentre elas, destaca-se o Reiki, o qual foi contemplado como instrumento de cuidado nesta pesquisa.

Freitag, Andrade e Badke (2015) definem o Reiki como seguro, natural, simples de aplicar, podendo tratar várias enfermidades agudas e crônicas, entre elas, a depressão, promovendo bem-estar físico, mental e emocional. O Reiki mostra vários benefícios para a saúde, é caracterizado como uma intervenção não invasiva, possui importante ação preventiva do desequilíbrio nos níveis físico, mental e emocional, além de poder ser utilizado concomitante a outros tratamentos (ISCHKANIAN; PELICIONI, 2012).

A Enfermagem foi pioneira no reconhecimento das PICS, em relação às demais profissões da área da saúde. O reconhecimento das práticas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) foi importante no desenvolvimento das pesquisas na área. O Parecer normativo 004/95, aprovado na 239ª Reunião Ordinária e realizado em 18 de julho de 1995 dispõe que as PICS como: Acupuntura, Reiki e outras, tais intervenções, geralmente, são oriundas de culturas orientais, exercidas ou executadas por praticantes treinados e cujos conhecimentos são repassados de geração em geração (COFEN, 2001). Mais recentemente, o COFEN, por meio da Resolução nº 581/2018 estabelece e reconhece a Enfermagem em Terapias Holísticas Complementares como especialidade do Profissional de Enfermagem (COFEN, 2018).

A fim de fortalecer a utilização das PICS, no âmbito do SUS, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), nas questões que abarcam a Saúde mental, incita novas pesquisas, nas quais sejam utilizadas tais práticas, como estratégias de intervenção, e, não obstante, o desenvolvimento e utilização de novas tecnologias na atenção as pessoas com transtornos mentais. Neste estudo utilizado o Reiki como tecnologia de cuidado (BRASIL, 2015b). No intuito de assegurar um cuidado de enfermagem mais amplo, o “*North American Nursing Diagnostics Association*” (NANDA, 2018), de acordo com o domínio quatro, classe três, contempla o diagnóstico "Campo de Energia Desequilibrado", definido pela ruptura no fluxo vital de energia humana que costuma ser um todo contínuo, único, dinâmico, criativo e

não linear, o qual recomenda que o enfermeiro atue no reequilíbrio deste campo, utilizando o Reiki, fortalecendo ainda mais sua prática como ação científica e integrativa de enfermagem.

Em função da enfermagem ter sua formação pautada na humanização do cuidado integral, é por meio deste princípio que vem desenvolvendo seu trabalho. Percebe-se que o conhecimento científico e as novas tecnologias duras parecem atender em parte às necessidades das pessoas que precisam ser cuidadas, por isso torna-se relevante que o profissional enfermeiro conheça e desenvolva novas habilidades que contemplem a utilização de instrumentos para o cuidado de enfermagem relacionados à cidadania, à busca de direitos, à qualidade dos serviços e o resgate do seu fazer, a partir de uma visão complexa e humanista, utilizando novas práticas para realizar uma assistência mais qualificada (PENNAFORT et al, 2102).

De acordo com Gnatta, Dornellas e Silva (2011), os enfermeiros têm nas PICS, a oportunidade de mais uma área de atuação, com o propósito de fortalecer a promoção da saúde da população. Estudo realizado com enfermeiros atuantes em hospitais públicos da cidade do Rio de Janeiro, que aplicavam ao menos uma das práticas integrativas no cuidado, dentre elas, o Reiki, consolida a visão de que a saúde vai além do biológico, integrando elementos como autoconhecimento, energia e harmonia no plano físico, social e do cosmos, com o objetivo de alcançar o equilíbrio das forças vitais humanas (MELLO et al, 2013). Essa ótica advém da concepção dinâmica que entende a saúde como o equilíbrio das forças vitais existentes nos seres humanos, enquanto a doença é estabelecida quando há o desequilíbrio dessa interação (NEVES; SELLI; JUNGES, 2010).

Estudo evidencia que as PICS proporcionam múltiplas respostas positivas do organismo, contribuindo para a redução dos sintomas de transtornos mentais comuns, como depressão e ansiedade, associados a sentimentos negativos, bem como o aumento das reações de relaxamento e prazer, aumento da interação entre paciente e profissional, tanto na criação de vínculo, de empatia, quanto no auxílio do equilíbrio físico-emocional, no enfrentamento das adversidades do cotidiano, no aumento do humor e, no estímulo para a realização das atividades laborais (SOUZA E SOUZA et al, 2017). Para Rogers (1991), tais mudanças ocorrem devido a interação tanto do CEH, quanto do campo ambiental (CA), que ao trocarem energia, provocam alterações em ambos. A autora da teoria considera esta mudança mútua de energia no MA/SH como sendo de crescimento e atualização, configurando um processo evolutivo, criativo e contínuo (ROGERS, 1981).

O presente trabalho justifica-se pela escassez da produção científica acerca deste tema em âmbito nacional, sendo necessário ampliar a produção do conhecimento sobre o Reiki como instrumento de cuidado em Saúde Mental. Também, em função da depressão se constituir um

problema de saúde pública em ascensão percebe-se a necessidade do enfermeiro buscar estratégias de cuidado para esta psicopatologia e agregar novas intervenções capazes de auxiliarem as pessoas no enfrentamento da doença, considerando sua integralidade.

A Teoria de Enfermagem Ciência do Ser Humano Unitário (CSHU), de Martha Rogers foi utilizada como referência para o desenvolvimento dessa pesquisa. Tal opção justifica-se pelo fato de que a Teoria propicia a compreensão sobre as trocas energéticas, considerando que estas são inevitáveis na relação terapêutica entre quem cuida e quem é cuidado, e que este elo energético é determinante para o resultado do tratamento ((KUREBAYASHI, et al. 2012). A partir dessa concepção, o SH é entendido como um todo unificado que estabelece conexões com o MA externo (ROGERS, 1981).

O presente estudo tem o propósito de contribuir com a construção do conhecimento relativo à efetividade do Reiki para a promoção da saúde mental e a melhora da qualidade de vida das pessoas diagnosticadas com depressão. Este trabalho teve a seguinte **questão de pesquisa**: qual a percepção das pessoas diagnosticadas com depressão acerca do Reiki como intervenção de cuidado de enfermagem associada ao tratamento tradicional?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Compreender a utilização do Reiki como instrumento de cuidado de enfermagem em pessoas diagnosticadas com depressão.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Aplicar o Reiki como intervenção de cuidado associado ao tratamento tradicional em pessoas diagnosticadas com depressão;

- Identificar os aspectos positivos e/ou negativos da utilização do Reiki, a partir da avaliação subjetiva realizada pelas pessoas que têm depressão;

- Identificar as percepções das pessoas diagnosticadas com depressão sobre o recebimento do Reiki associado ao tratamento tradicional.

**“Quando tudo está perdido, sempre existe uma luz, quando tudo está perdido, sempre existe um caminho”. (Renato Russo)**

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Elencaram-se três temas relevantes para melhor compreender a temática desta pesquisa, sendo eles: Transtornos Depressivos; Reiki: da origem a atualidade e Relevância do Reiki no Contexto da Saúde Mental.

#### **3.1 Transtornos Depressivos**

A partir da segunda metade do século XX, impulsionada principalmente por Franco Basaglia, psiquiatra italiano, inicia-se uma crítica radical a respeito do tratamento das pessoas com doenças psiquiátricas e, a transformação do saber no que se refere a assistência prestada nas instituições psiquiátricas. Esse movimento iniciou na Itália, mas teve repercussão mundial. O movimento da Luta Antimanicomial nasceu profundamente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e do resgate da cidadania das pessoas com transtornos mentais (WALLNER, 2016).

A Reforma Psiquiátrica além de denunciar os manicômios como instituições de violência propõe a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, profundamente solidárias, inclusivas e libertárias. No Brasil, tal movimento iniciou-se no final da década de 1970 com a mobilização dos profissionais da saúde mental e dos familiares dos pacientes com transtornos mentais. Essa mobilização se inscreve no contexto da redemocratização do país e na modificação político-social que ocorreu na época (WALLNER, 2016).

Ao voltarmos nosso olhar para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, observam-se mudanças e avanços importantes, mas ainda, permanecem muitas lacunas no cuidado prestado em saúde mental. A *World Health Organization* (WHO) destaca, por exemplo, a falta de profissionais especializados nessa área, a estigmatização dos transtornos mentais, as dificuldades e limitações referentes ao diagnóstico clínico (WHO, 2017).

Entre os problemas associados à saúde mental, podemos destacar a depressão, que atualmente é reconhecida como um grave problema de saúde pública e evidencia-se pelo comprometimento das atividades cotidianas da pessoa. Caracteriza-se como um conjunto de transtornos, sendo denominados como “Transtornos do Humor” pelo Manual Diagnóstico e

Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5, 2014) e “Transtornos Afetivos” pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (STOPA et al., 2015).

Os transtornos depressivos têm vários fatores envolvidos em seu desencadeamento, os quais ainda são pouco esclarecidos (CAI et al., 2013; GORDON; GOELMAN, 2016). Cabe ressaltar que os sintomas da depressão existem desde a antiguidade (500 a.C. a 100 d.C.), quando esta era conhecida como melancolia. Ainda, pode-se encontrar sintomas como: tristeza, excessiva irritabilidade, insônia ou hipersonia, afagia ou hiperfagia, perda da capacidade de manifestar as emoções e o desejo de morte. Somente a partir da metade do século XX, quando em estudos mais aprofundados no campo descritivo das doenças mentais houve a ampliação de avanços por meio das características biológicas e da ação de substâncias químicas, foi identificado que a melancolia nada mais era que um subtipo da depressão (DUAILIBI; SILVA; JUBARA, 2015).

Dependendo do tipo e gravidade dos sintomas, será diagnosticado o grau da doença, ou seja, quanto maior o grau da depressão, maior será a probabilidade da ocorrência e gravidade das comorbidades associadas (MARCUS et al., 2012). No que se refere à intensidade, o episódio leve é caracterizado pela pessoa apresentar angústia pelos sintomas que vem se manifestando, dificuldade em continuar trabalhando e em participar de atividades sociais, não sendo totalmente incapacitante. Já, no episódio moderado, a pessoa acometida terá dificuldade em trabalhar, realizar as atividades domésticas e sociais e, o episódio grave caracteriza-se por ser o mais limitante, condicionando quase inteiramente, se não por completo, a vida da pessoa doente, a qual irá apresentar agitação ou retardo motor, ou seja, será incapaz de continuar realizando suas atividades laborativas, sociais e domésticas (WHO, 2016).

Em relação ao espaço de tempo, existem as formas agudas ou episódicas, com a continuidade superior há duas semanas. As formas crônicas são aquelas cujos sinais e sintomas permanecem por um período acima de dois anos, de modo contínuo. No que se refere à oscilação do humor, existem basicamente as características de depressão episódica, surto/remissão. A depressão comum ou unipolar é quando o paciente tem episódios de depressão intercalados com fases consideradas dentro do parâmetro da normalidade, ou seja, consegue continuar realizando as atividades cotidianas. E, a depressão bipolar é aquela, na qual ocorrem episódios depressivos intercalados com episódios de euforia patológica (TELES, 2015).

Segundo o DSM-5 (2014), os transtornos depressivos incluem: transtorno disruptivo da desregulação de humor; depressivo maior; depressivo persistente (distmia); depressivo pós-parto; disfórico pré-menstrual; depressivo induzido por substância/medicamento; depressivo

devido à outra condição médica. Cabe ressaltar as características principais de cada um, conforme esse manual:

Disruptivo da desregulação do humor- caracteriza-se por explosões de raiva recorrentes e graves através da linguagem ou comportamento (violência verbal e/ou física), estas ocorrem pelo menos três vezes na semana. As explosões iniciam em torno dos 10 anos de idade, sendo observadas por pais e professores; ainda, manifestam irritabilidade crônica e grave; explosões e humor persistentemente irritável. Sua prevalência é de 2 a 5%, sendo mais comum em crianças; principalmente do sexo masculino e em idade escolar. Pode acarretar consequências negativas para as relações sociais e baixo rendimento escolar.

Depressivo maior – caracteriza-se por cinco ou mais dos seguintes sintomas durante duas semanas (pelo menos um dos sintomas é humor deprimido, perda de interesse ou prazer); humor deprimido na maior parte do dia; acentuada diminuição do interesse ou prazer; perda ou ganho significativo de peso sem causa aparente; insônia quase diária, fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade e culpa; capacidade diminuída de concentração ou pensar; pensamentos recorrentes de morte. Os sintomas devem persistir na maior parte do dia, em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável ao invés de triste. Sua prevalência é estimada em 7%; pode ter início em qualquer idade, mas é comum na adolescência; o sexo feminino tem de 1,5 a três vezes mais chance de desenvolver o transtorno do que o masculino; os prejuízos podem ser leves, passando despercebidos aos familiares ou graves, levando à incapacidade funcional.

Depressivo persistente (distímia) - representa a consolidação do Transtorno Depressivo Maior Crônico. Caracteriza-se pelo humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, pelo período mínimo de dois anos; presença de dois ou mais sintomas persistentes; apetite diminuído ou alimentação em excesso; insônia; fadiga; baixa autoestima; sentimentos de desesperança. Perturbação por dois anos (um ano em crianças), em que a pessoa não permaneça dois meses sem apresentar os sintomas. Sua prevalência é de 0,5 a 1,5%. Apresenta início precoce (infância, adolescência ou início da fase adulta) e tem um curso crônico; repercussões no funcionamento social e profissional, ocasionando prejuízos maiores do que o Transtorno Depressivo Maior.

Depressivo pós-parto - caracteriza-se pela exacerbação dos sintomas depressivos, geralmente após o parto, mas pode haver sintomatologia durante a gestação. Apresenta os mesmos sintomas dos demais transtornos depressivos, porém, agravados pela chegada do bebê, sendo muitos deles voltados à ele, como, excessiva irritabilidade com o choro; sensação de raiva por ter engravidado; sentimento de incapacidade de cuidar do filho; não apresentar sentimentos

de afetos positivos pela criança; e, em casos mais graves pode haver o pensamento suicida ou filicida. Estima-se que até 30% das mulheres podem desenvolver esse tipo de transtorno, sendo que 5% apresentam a sua forma mais severa, ou seja, com sintomas psicóticos.

Disfórico pré-menstrual - caracteriza-se como expressão da labilidade do humor (instabilidade – ora alegria, ora tristeza); irritabilidade; disforia e sintomas de ansiedade que ocorrem repetidamente durante a fase pré-menstrual e têm sua remissão por volta do início da menstruação; esses sintomas podem ser acompanhados de problemas comportamentais e físicos; devem ter ocorrido na maioria dos ciclos menstruais, durante o período de um ano; ter um efeito adverso no trabalho ou no funcionamento social. O início desse transtorno pode ocorrer em qualquer fase após a menarca. A sua prevalência ocorre em um período de 12 meses e é estimada entre 1,8 a 5,8% das mulheres que menstruam.

Depressivo induzido por substância/medicamento – caracteriza-se pela perturbação proeminente e persistente do humor que predomina no quadro clínico, evidenciando humor deprimido ou diminuição acentuada de interesse ou prazer, em todas ou, na maioria das atividades cotidianas; os sintomas precedem o início do uso da substância/medicamento; persistem por um período significativo após a cessação da abstinência aguda ou intoxicação grave. Sua prevalência é de 0, 26% na população adulta.

Depressivo devido a outra condição médica – caracteriza-se pelo período proeminente e persistente de humor deprimido ou de diminuição acentuada de interesse ou prazer, em todas ou, na maioria das atividades cotianas, que predomina no quadro clínico; consequência fisiopatológica direta de outra condição médica; a perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outra área importante da vida da pessoa doente.

Porém, mesmo com a facilidade de acesso a essas informações relevantes, essa psicopatologia, muitas vezes é diagnosticada erroneamente, sendo comum pacientes receberem tratamento de médicos clínicos gerais e não buscarem serviços especializados, assim, apesar dos casos de depressão serem cada vez mais prevalentes, esta ainda é uma doença que, muitas vezes tem seu diagnóstico negligenciado (SEZINI; GIL, 2014).

Torna-se pertinente descrever detalhadamente o Reiki, visto que o mesmo foi utilizado na pesquisa como instrumento de cuidado as pessoas disgnosticadas com depressão. Por isso, sua relevância encontra-se descrita a seguir.

*“Trarás contigo a paz que fizeres nos outros, temos sempre o que damos...Essa é a lei do universo” (Emmanuel)*

### **3.2 Reiki: da origem a atualidade**

Do ponto de vista etimológico da palavra, a sílaba Rei, em japonês significa energia universal ou essência energética cósmica e, Ki, se refere a energia vital individual. A união destas duas sílabas: Rei e Ki significa: Energia Vital Universal, ou seja, trata-se de uma terapia energética vibracional que utiliza a imposição das mãos como recurso terapêutico (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REIKI, 2017).

O Reiki como cuidado ancestral milenar teve sua origem no Tibete há dezoito séculos atrás e foi redescoberto no século XIX por um monge budista chamado Mikao Usui, com conhecimento de várias técnicas de saúde, holísticas. Mikao Usui nasceu no Japão, em 15 de agosto de 1865, numa pequena Vila chamada Taniai, Distrito de Yamagata, Prefeitura de Gifu. O Reiki envolve ritos de iniciação específicos, ensinamentos e uma herança de mestres oficiais (DE' CARLI, 2017; FREITAG; ANDRADE; BADKE, 2015).

Os ensinamentos do Mestre Mikao Usui tanto se encaminhavam para o despertar consciente do ser quanto para o tratamento físico de si e do outro. O Mestre salienta a importância do autotratamento e considera os princípios do Reiki como os alicerces para viver uma vida equilibrada. Segundo Mikao Usui tais princípios funcionam como uma magnífica medicina para todas as doenças do corpo e da mente. “Só por hoje: sou calmo, confio, sou grato, trabalho honestamente, sou bondoso” (MAGALHÃES, 2015). A prática dos cinco princípios, como refere Magalhães (2015), deve ser vivenciada várias vezes por dia, o que levará a mudança da consciência, através da elevação e da mudança dos hábitos de vida.

A primeira iniciação em Reiki realizada por Mikao Usui ocorreu no ano de 1925, em Chujiro Hayashi, que era médico aposentado da marinha, o qual após tornar-se Mestre, levou a prática do Reiki para sua clínica em Tóquio. Posteriormente, em 1939 Chujiro Hayashi inicia Hawayo Takata como Mestre. Takata, por sua vez, trabalha intensamente o Reiki no Havaí, Japão e Estados Unidos da América (EUA), formando 22 Mestres entre homens e mulheres. No Brasil, o Reiki foi inserido apenas em 1982 (USUI; PETTER, 2014).

Com sua chegada no ocidente, a técnica sofreu inúmeras alterações para se adaptar a cultura. Na época de Mikao Usui, o Reiki era aplicado de maneira mais intuitiva, não existia um tratamento padronizado como quando ele despontou no Ocidente. Ao invés disso, havia um método de diagnóstico onde os alunos treinavam intensamente para captar distúrbios

energéticos no corpo, a fim de reequilibrá-los. O processo de formação de um Reikiano durava a vida inteira. Por vezes, o aluno demorava 10 anos para passar de um nível para o outro, após longo período de prática e dedicação (USUI; PETTER, 2014). No ocidente, tal situação ocorre quando a pessoa tem disponibilidade de tempo e dinheiro para pagar o curso do próximo nível, o que reflete a estrutura da cultura onde o tempo é escasso e tudo é transformado em produto.

É pertinente ressaltar que algumas raízes e hábitos dos antigos mestres ocidentais foram mantidas, mesmo no mundo contemporâneo, como o que ocorre na iniciação, ou seja, o praticante deve passar por um processo de purificação energética de 21 dias, livre de bebidas alcólicas, carne vermelha e realizar o auto-tratamento diário do Reiki, buscando a ampliação da consciência e o desenvolvimento do autocuidado (MOTTA; RAMOS, 2015). No que diz respeito a ampliação da consciência e, para compreender melhor o Reiki é relevante destacar o CEH e descrevê-lo em sua essência e magnitude, pois durante a aplicação do Reiki ocorre a manipulação do campo de energia sutil.

Em relação a esta energia sutil manipulável, no Oriente, acredita-se que, para além do corpo físico, cada ser vivo possui um corpo energético. A doença física resulta de um desequilíbrio nesse corpo, que fragiliza o SH frente às agressões externas. O foco é colocado no sistema imunitário, pois os agentes patogênicos apenas podem levar à doença se ele estiver fragilizado ou incapaz de exercer a sua função (BASTOS, 2015).

Esse corpo nada mais é do que o CEH, reconhecido secularmente, em âmbito Oriental e utilizado terapeuticamente nas mais diversas culturas, com diferentes nomenclaturas através dos tempos. Na Índia, essa energia recebe o nome de Prana. Já, no Japão e no Egito, essa é conhecida, respectivamente, como Ki e Ka. Na China é denominada Chi ou ainda Qi e contém duas forças polares antagônicas e complementares, o Yin e o Yang (SÁ, 2008).

No Ocidente, o precursor dos estudos do CEH foi Luigi Galvani, filósofo italiano que, em 1700, fez experiências com a eletricidade. Mas, somente no início de 1800, com Michael Faraday e com James Clerk Maxwell, que novas pesquisas foram realizadas, chegando ao conceito de campo energético. Este foi retratado como a condição no espaço que apresenta o potencial de produzir força energética. Cada carga energética produzida num campo cria um distúrbio ou uma condição diferenciada em volta deste, de tal forma que o CA sofre modificações (SÁ, 2008).

No início do século XX, Einstein revolucionou a forma de ver o mundo com a Teoria da Relatividade, mostrou que a massa é apenas uma forma de energia, onde se infere que o corpo nada mais é do que a mesma energia na forma condensada, mostrando ainda que, tudo no universo é constituído por fótons, inclusive a mente e o pensamento (BRENNAN, 2006).

Então, o que existe no Universo é energia vibrando e oscilando em ritmos diferentes. A continuação das investigações levou ao conceito de campo que foi definido inicialmente como uma condição do espaço capaz de produzir uma força. Este foi aperfeiçoado com o resultado de outros estudos e, a partir disso, se acredita na existência de um Universo cheio de campos criadores de forças que interagem umas com as outras. Deste modo, existem basicamente dois campos energéticos em constante troca de interações: o SH e o MA (BRENNAN, 2006).

Considerando esses achados e esta interação, Martha Rogers em um dos pressupostos subjacentes do CSHU, refere que o MA e o SH são sistemas abertos que trocam matéria e energia entre si continuamente e que ambos sofrem alterações, assim sendo o toque pode ser uma forma efetiva de terapia ao permitir trocas de energia entre os SH e o MA (GNATTA et al, 2016).

Para tanto, os diversos tipos de energias humanas básicas incluem vitalidade, emoção, pensamento, altruísmo e espiritualidade. O fluxo de energia vital interativo é um aspecto natural dos seres vivos. Elas estão em movimento constante de forma interativa e não sofrem limitações no SH saudável. As chamadas energias sutis têm despertado interesse pela ciência, a qual reconhece que o organismo humano não é apenas uma estrutura física feita de moléculas, mas que, também é formado por campos de energia e se transforma constantemente (BRENNAN, 2006).

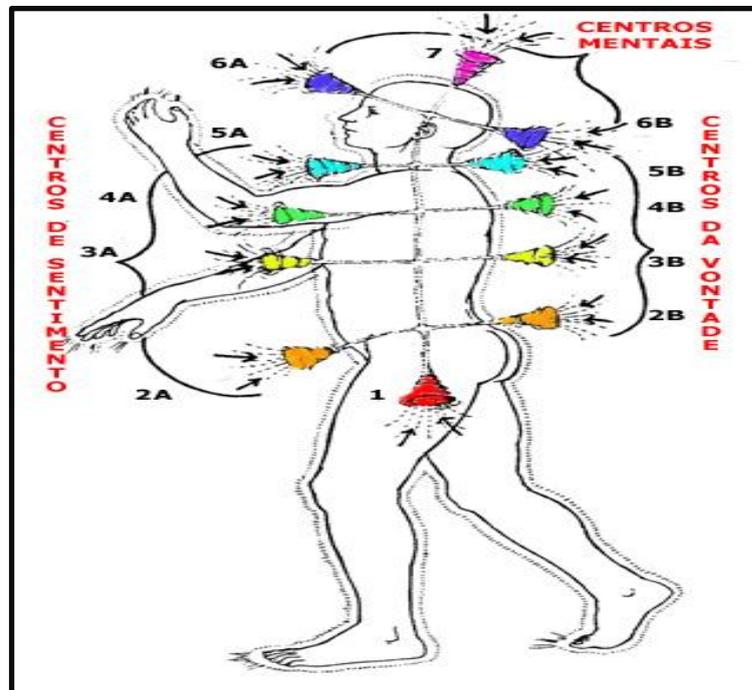
Na constante busca pelo conhecimento, os cientistas estão aprendendo a mensurar essas mudanças sutis, desenvolvendo instrumentos para detectar os campos de energia relacionados com o nosso corpo, medindo assim, as frequências. Entre eles, temos o Eletrocardiograma (ECG), que mensura as correntes elétricas do coração; o Eletroencefalograma (EEG) que mensura as correntes elétricas do cérebro e o detector de mentiras que mensura o eletropotencial da pele. Também é importante destacar o *Superconducting Quantum Interference Devices* (SQUID) ou dispositivo supercondutor de interferência quântica, o qual mede os campos eletromagnéticos ao redor do corpo, não chegando nem mesmo a tocá-lo (BRENNAN, 2006; GERBER, 2007).

Em função disso, não se pode negar que o SH é de natureza eletromagnética, desde o cérebro e o sistema nervoso central (SNC) que são estimulados por correntes elétricas até o coração, cujos batimentos são comandados por impulsos elétricos (BRENNAM, 2006). Por isso é impossível negar a existência do biocampo formado pela interação de diferentes energias que se estabilizam por meio de processos normais do organismo, pois se o corpo é constituído de energia, esta não fica confinada única e exclusivamente no interior do mesmo, uma vez que sofre interferência do MA e, também interfere neste.

De acordo com os achados científicos, existem instrumentos capazes de captarem esse biocampo, como a fotografia Kirlian, a ressonância magnética, os aparelhos de detecção de energia galvânica e eletromagnética e, também tem um instrumento capaz de mensurar em tamanho, o mesmo biocampo, o aurímetro, que provém do termo inglês “*Auramater*”, significando medidor de Aura/CEH. O mesmo é um aparelho portátil, contendo uma mola, um peso em uma de suas extremidades e um cabo na outra extremidade. É um instrumento utilizado para identificação e medição dos estados de Aura/CEH e dos Chacras/Chakras (FERREIRA, 2014).

Com base na física moderna, o Reiki parte da premissa de que os CEH são formados por um tipo de energia sutil sensível às mãos dos seus praticantes e, por isso afetam conscientemente o estado de saúde dos seres vivos, uma vez que manejam tais campos intencionalmente (BORGES; SANTOS, 2013). O CEH é comum a todos os organismos vivos e emitem ondas formadoras de uma aura energética que se expande cerca de 12 cm além da pele e envolve todo o corpo (GERBER, 2007). O Terapeuta Reikiano (TR) maneja o CEH do receptor de forma global e consciente, porém, as posições utilizadas são específicas sobre cada um dos principais sete Chacras do receptor.

**Figura 1 - Chacras/Chakras**



Fonte: Magalhães, 2014.

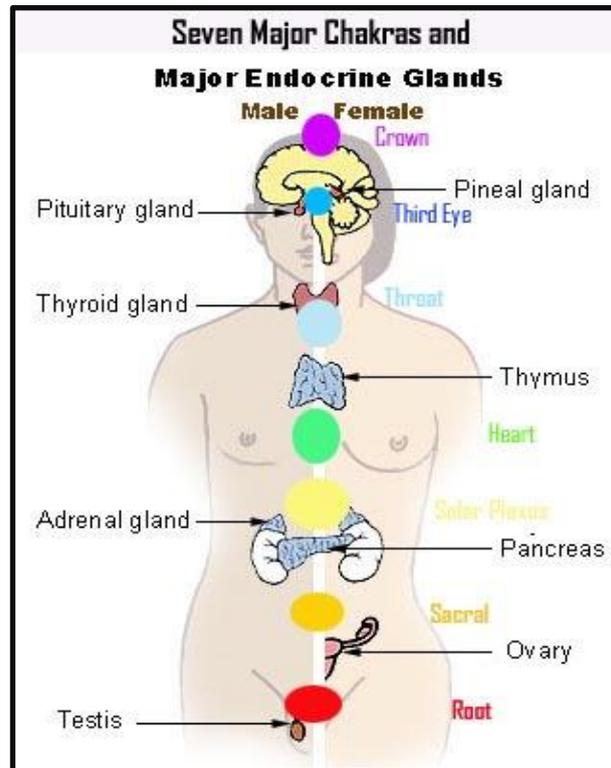
A palavra Chakra tem suas raízes no sânscrito, que significa roda ou vórtice. No CEH existem sete Chacras principais e 20 Chacras menores. Os principais localizam-se ao longo da coluna e cabeça. O sistema de Chacras está intimamente ligado com a nossa saúde física e refletem o seu estado, pois cada um deles está relacionado com uma zona específica do corpo, órgão ou sistema. Nesse contexto, Chacras saudáveis, equilibrados e abertos são sinais de saúde. Em contraponto, quando um Chakra está bloqueado, danificado ou fechado, a saúde daquela parte do corpo começará a refletir esse estado (MAGALHÃES, 2014; DE' CARLI, 2017).

Os Chacras são centros de energia no interior do corpo sutil que se assemelham a vórtices rodopiantes, intimamente ligados ao sistema nervoso, influenciando a natureza e a qualidade da transmissão dos impulsos nervosos. Estão ligados uns aos outros e às estruturas celulares através dos Nádís (condutores de energia) que são filamentos delgados de energia sutil (KAIRALLA; SMITH, 2013). Cada um dos sete Chacras principais está relacionado a uma glândula endócrina.

As glândulas endócrinas possuem inervação, irrigação sanguínea e linfática, e ligações energéticas com o restante do corpo, mas também produzem hormônios que podem afetar os corpos físico, etéreo e emocional. Os sete Chacras principais, na direção céfalo-caudal, são:

- Sétimo Chakra, Plexo Coronal, Chakra da Coroa ou Sahasrara, relacionado à glândula pineal;
- Sexto Chakra, Plexo Frontal, Chakra do Terceiro Olho ou Ajna, relacionado a hipófise e as glândulas do tálamo e do hipotálamo;
- Quinto Chakra, Plexo Laríngeo, Chakra da Garganta ou Vishudda, relacionado as glândulas tireoide e paratireoide;
- Quarto Chakra, Plexo Cardíaco, Chakra do Coração ou Anahata, relacionado a glândula do timo;
- Terceiro Chakra, Plexo Solar, Chakra do Poder ou Manipura, relacionado ao pâncreas;
- Segundo Chakra, Plexo Sexual, Chakra Sexual ou Svadhisthana, relacionado aos ovários e aos testículos;
- Primeiro Chakra, Plexo Básico, Chakra da Raiz ou Muladhara, relacionado a medula e ao córtex da glândula adrenal. (MAGALHÃES, 2014; DE' CARLI, 2017).

**Figura 2 – Chacras e Glândulas Endócrinas**



Fonte: Magalhães, 2014.

O Reiki é um processo energético que tem o potencial de harmonizar os seres vivos. É um método que reequilibra os Chacras. Os Chacras são centros da recepção, assimilação e transmissão da força da vida e atuam como uma ponte conectando mente, corpo e espírito (BESSA; OLIVEIRA, 2013). Nesse sentido, a compreensão destes auxilia na realização de uma sessão de Reiki.

Cabe ressaltar a importância do toque dentro do contexto da enfermagem. tocar em alguém terapêuticamente, geralmente tem a intenção de fazer com que a pessoa se sinta melhor, é intuitivo e multicultural tocar o ombro ou as mãos de quem está precisando de auxílio. O toque, no entanto, vai além de um mero contato físico. Ele é uma porta aberta à troca energética entre dois seres vivos. É preciso estar atento para não invadir o espaço pessoal de quem vai ser tocado. Há pessoas que sentem dificuldade em serem tocadas, dando pequenos sinais com a expressão corporal: afastamento de um segmento ou de todo o corpo quando há a tentativa de estabelecer um contato mais próximo (SÁ, 2010).

De modo geral, o ato de tocar outra pessoa, pode ser confortador e faz parte do cuidado, desde que não se tenha receio dessa interação, percebendo e respeitando o limite do espaço do

outro. A prática da enfermagem pode ser definida por ações e comportamentos que abarcam a habilidade técnica e a sensibilidade. O cuidar pode adotar as mais distintas formas de expressão, revelando também interesse, zelo e valorização do outro (SÁ, 2010).

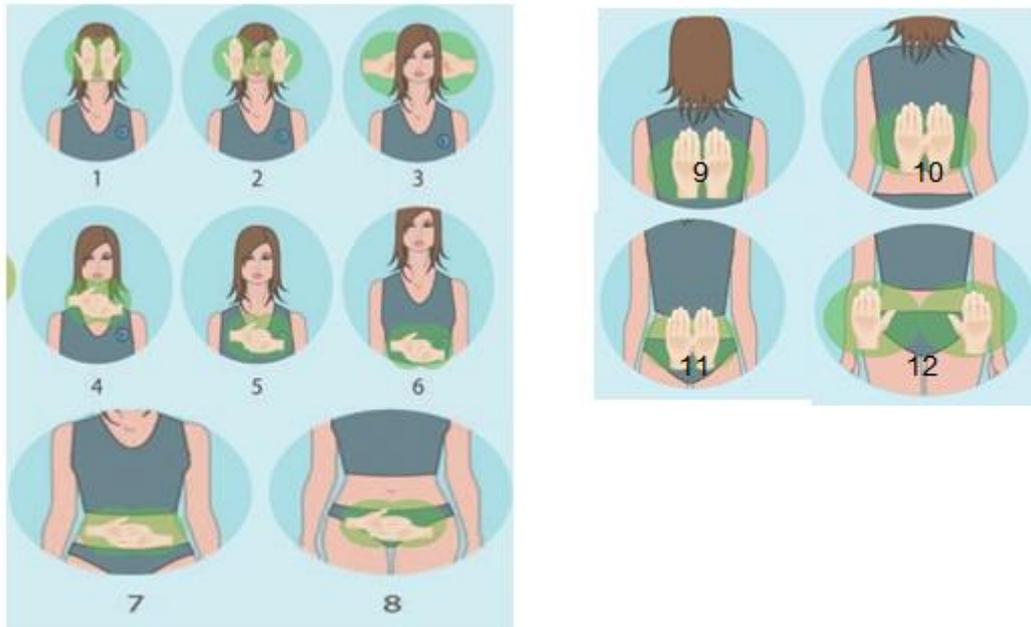
O toque quando utilizado de forma terapêutica pelos enfermeiros pode gerar uma forma expressiva e genuína de cuidar. Compreender o poder do toque nas interações entre enfermeiros, pessoas e familiares é um facilitador no cuidado de enfermagem, propiciando a esse profissional maior êxito em sua assistência e a desenvoltura de suas próprias habilidades, incluindo um processo de comunicação mais efetiva (DIAS et al, 2008).

Outro aspecto relevante no que se refere ao toque é a existência de Chacras secundários, localizados na região central das mãos, tanto na face dorsal, quanto na palmar que, além de auxiliar na projeção da energia, pode ser utilizado na captação e percepção energética de si e do outro. O TR, durante sua prática, percebe uma sensibilização das mãos, de modo que é possível reconhecer o CEH da outra pessoa, acessando uma variedade de informações, tais como: monitorar o fluxo energético, desequilíbrios, falhas energéticas e localização das principais áreas bloqueadas.

Uma sessão de Reiki dura em média 20 a 60 minutos, dependendo da necessidade de cada pessoa. Ao receber o Reiki a pessoa ficará preferencialmente deitada em uma maca ou sentada em uma cadeira com recosto, da forma mais confortável possível. Pode-se, inclusive, agregar a musicoterapia, para tornar o momento mais acolhedor e relaxante. O toque deve ser leve, suave, macio, sem pressão, porém, constante, firme e delicado. A energia do Reiki flui dos Chacras secundários que estão no centro das palmas e na ponta dos dedos. As mãos deverão ser mantidas bem relaxadas em forma de concha, palmas voltadas para baixo com os dedos juntos, principalmente para evitar a dispersão da energia.

A aplicação de Reiki consiste habitualmente, numa sequência de 12 posições das mãos colocadas diretamente no corpo ou ligeiramente acima do mesmo, nos locais dos Chacras, abrangendo a outra pessoa de forma global (RAMOS; RAMOS, 2011; USUI; PETTER, 2014; JOYCE; HERBISON, 2015; DE' CARLI, 2017). As doze posições são divididas em quatro quadrantes, os primeiros são para cabeça e pescoço. Os seguintes para órgãos e vísceras das regiões torácica, abdominal e pelve. E, os últimos quatro estágios percorrem as costas e incluem novamente o coração, pulmões, glândulas suprarrenais, rins, medula e intestinos. Por ser uma técnica energética holística, o Reiki trata o corpo físico e emocional, harmoniza e equilibra, ajudando a eliminar ou amenizar os efeitos e/ou sintomas das doenças (DE' CARLI, 2017).

**Figura 3 – Posições de Aplicação de Reiki**



Fonte: Magalhães, 2014.

O Reiki é um dos tipos de tratamento energético, onde o terapeuta não utiliza a sua energia vital, mas serve de canal energético, também considerado um agente passivo da energia universal, canalizando a mesma para reequilibrar a energia vital da outra pessoa que está recebendo o tratamento e, conseqüentemente a sua, pois a terapia, também atua para o benefício dos que a praticam (DE' CARLI, 2017).

Porém, para poder utilizar esta terapia e energizar os Chacras, o TR deve passar por uma formação dividida em 3 níveis, conduzida por um Mestre Reikiano experiente, devidamente habilitado e credenciado a Associação Brasileira de Reiki. Cada nível corresponde ao aprimoramento da técnica e a evolução do terapeuta no que se refere a ampliação da sua consciência como agente de cura. Cabe ressaltar como ocorre o processo de formação de um TR.

Os níveis de formação são habitualmente três, embora possa haver alguns Mestres que dividam em mais partes. Qualquer pessoa, desde que tenha a consciência ampliada e feito o curso, pode se tornar um TR, devido a simplicidade e facilidade de execução, independentemente da idade, gênero, religião ou outros fatores. Não existe intervalo mínimo, nem máximo para passar de um nível para o seguinte, tampouco existe obrigatoriedade de realizar todos os níveis do Reiki (USUI; PETTER, 2014).

O primeiro nível (1º grau) é o principal, durante o qual o terapeuta recebe o Reiki para utilizar por toda a vida, conforme os ensinamentos dos Mestres. Ele aprende, através de uma técnica específica (pela ajuda das suas mãos), a ativar a Energia Vital em si mesmo e nos outros, a fim de dissolver as causas de tensões, bloqueios e doenças. A energia despertada será absorvida onde for mais necessária naquele exato momento, ou seja, pelo corpo, pelas emoções, pelo sentimento, pelo intelecto, pela criatividade e pela intuição.

O segundo nível (2º grau) é o que tem aplicações avançadas para aqueles que desejam conhecer melhor o Reiki, pois, neste, o foco é mental com repercussão no corpo físico e etérico, bem como, a canalização de energia à distância, na qual o TR atua manipulando a energia do receptor, mesmo que este não esteja presente e sim a quilômetros de distância.

O terceiro nível A (3º grau A) capacita o TR a fazer uso de uma energia especial que leva ao autocrescimento, autotransformação e a ser Mestre de si mesmo. Essa graduação inclui um nível de ativação de energia de alta potência, também para balanceamento energético, integração e iluminação. O 3º nível A além de ser de uso pessoal, é para multidões e aglomerados de pessoas. Tal graduação está delineada principalmente para aqueles que desejam se aprofundar mais na técnica.

O terceiro nível B (3º grau B) é o Nível de Mestre, onde o terapeuta aprende a iniciar pessoas nos Níveis I, II e III (A e B) e a ministrar cursos de Reiki (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REIKI, 2017). Como profissional, o TR possui inclusive, um código deontológico, pautado nos princípios éticos e baseado em alguns pressupostos, vigente em esfera global (AMATEREIKI, 2003).

Por conseguinte, tornou-se relevante citar alguns estudos que envolveram a aplicabilidade do Reiki e a sua relevância como prática integrativa crescente em nível nacional e internacional. Foram verificados resultados eficazes associando a utilização do Reiki com a melhora dos sintomas, relacionados a pacientes oncológicos de modo geral. Estudo demonstrou tais achados, em que a técnica é capaz de gerar impacto e uma melhor resposta do organismo na prevenção e tratamento de doenças crônicas, a partir do momento que a mesma percebe o SH dentro da sua integralidade, consequentemente melhorando de forma geral, sua qualidade de vida (FERREIRA; MAGALHÃES; OLIVEIRA, 2012; BARBOSA et al, 2016).

Outros estudos mostram a eficácia e a aplicabilidade do Reiki como intervenção em saúde, ao proporcionarem o bem-estar físico e psicológico, alívio da dor, diminuição dos níveis da pressão arterial, conforto e melhora geral no bem-estar físico, além de contribuírem para o equilíbrio das necessidades mentais, emocionais e espirituais dos participantes das pesquisas (CATLIN; TAYLOR-FORD, 2011; DÍAZ-RODRÍGUEZ et al, 2011; FREITAG et al, 2014).

Pesquisa realizada em um Hospital da Mulher CAIS/UNICAMP, objetivando melhorar a qualidade de vida e saúde dos profissionais de enfermagem mostrou resultados similares, havendo a melhora do estado geral, tanto no receptor do Reiki como no terapeuta, proporcionando sensação de paz, relaxamento, tranquilidade, qualidade do sono, humor, aumento no estado de ânimo e disposição para executar as atividades cotidianas (MORETI et al, 2014).

O Reiki é utilizado terapeuticamente no sistema de saúde da maior parte dos países. Tem sido a técnica de imposição de mãos mais usada pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde, nos últimos 10 anos (DEMIR et al, 2013; FREITAG et al, 2014; NOGUEIRA et al, 2014).

Compreendendo o Reiki como um instrumento de promoção da saúde mental, o tópico a seguir busca mostrar sua relevância para esta área específica.

*“Dizem que sou louco, por pensar assim, mas louco é quem me diz, que não é feliz” (Ney Matogrosso)*

### **3.3 Relevância do Reiki e a Promoção da Saúde Mental**

A Organização Mundial da Saúde define a saúde mental como o estado de bem-estar no qual a pessoa realiza suas atividades diárias, fazendo frente ao estresse do cotidiano, trabalhando de forma produtiva e contribuindo para a comunidade na qual se insere (WHO, 2013).

De acordo com essa concepção, o equilíbrio dinâmico que mantém as pessoas em um estado relativo de saúde mental pode ser alterado por fatores biológicos (patologias primárias), psicológicos (traumas) e sociais (desemprego), resultando assim, na perda do autodomínio, ligando-se frequentemente à influência de vários fatores no psiquismo humano, manifestando-se por meio de um transtorno mental (WHO, 2013).

Segundo o DSM-5 (2014), o transtorno mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de uma pessoa que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental e, estão frequentemente associados a sofrimento ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras, também importantes.

Segundo dados do MS, 3% da população geral sofre com algum tipo de transtorno mental, do tipo contínuo e grave. Em relação as doenças mentais, esse índice é de mais de 6%,

estando diretamente relacionado ao uso de álcool e de outras drogas, bem como 12% da população precisa de algum atendimento em saúde mental, devendo ser realizado de forma eventual ou contínua (BRASIL, 2013).

No que se refere à promoção da saúde mental, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do MS objetiva a redução gradativa dos leitos psiquiátricos, além de qualificar, aumentar e fortalecer a rede extra-hospitalar, tais como os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais e Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental, incluindo ações de saúde mental na atenção básica, garantindo uma política de atenção integral aos usuários do SUS (BRASIL, 2017).

A promoção em saúde mental acontece por meio de ações que estimulem as potencialidades de uma pessoa (ou grupo de pessoas), em busca do fortalecimento de aspectos saudáveis. Pode ser realizada, inclusive, com quem está convivendo com um transtorno mental. Alguns exemplos de iniciativas de promoção da saúde mental podem incluir treinamentos de habilidades socioemocionais ou campanhas de estímulo à atividade física, já que a saúde do corpo está diretamente ligada à saúde da mente (GARCIA, 2016).

Para realizar uma efetiva promoção da saúde mental, é necessária a adoção de um conjunto ordenado e sistematizado de ações de âmbito individual ou coletivo, direcionadas a um público específico. Nesse contexto, os enfermeiros podem atuar em grupos formados na comunidade assistida, com auxílio dos demais profissionais capacitados e contar com o acompanhamento efetivo dos participantes ao longo do processo e monitorar os resultados, através dos indicadores de saúde (GARCIA, 2016).

Devido a pluralidade das psicopatologias que emergem a partir do desequilíbrio da saúde mental, como ansiedade, esquizofrenia, depressão, entre outras, e seu visível crescimento em nível mundial, também encontra-se o forte estigma que as pessoas acometidas por essas doenças sofrem, o que requer a busca constante de intervenções pautadas na humanização, inclusão social, integralidade, priorizando uma melhor a qualidade de vida dessas pessoas.

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Buscando uma maior efetividade nas intervenções em saúde mental deve ser construído o vínculo, a relação de confiança entre os profissionais e as pessoas que querem ajuda, onde ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde (BRASIL, 2013, p. 16).

Ao considerar o Reiki como um instrumento terapêutico e de cuidado, propicia-se a humanização desses, por meio do acolhimento, da escuta, da relação de confiança, da avaliação

e do encaminhamento para intervenções capazes de promoverem uma resposta adequada à demanda (SANTOS; CUNHA, 2011; CHERNICHARO, 2013). Busca-se então, com as PICS, neste estudo, estamos nos referindo, especificamente, ao Reiki, viabilizar tal cuidado. Essas PICS podem contribuir para a mudança dos modelos de atenção e gestão em saúde, proporcionando outras intervenções que complementam o tratamento tradicional, o qual envolve consultas médicas, de enfermagem, psicoterapias e o uso de psicofármacos (STUMM, 2012).

Takeda et al (2014), referem que as PICS aplicadas em pessoas com transtornos mentais proporcionaram mudanças comportamentais, físicas e emocionais, evidenciadas através de maior tranquilidade, diminuição da ansiedade e dos sintomas depressivos. A aceitação e adesão às práticas integrativas é verificada pela assiduidade ao tratamento e por meio do relato dos pacientes, os quais referiram sensação de bem-estar, após a participação nas intervenções terapêuticas.

Almeida e Silva (2013), em estudo realizado com pacientes hospitalizados no setor de Psiquiatria em Uberlândia, Minas Gerais, mencionam o importante papel das PICS, em que foi utilizada a musicoterapia como forma terapêutica e assistencial as pessoas com transtornos mentais. Após a utilização da musicoterapia, os pacientes apresentaram de modo geral, maior calma e tranquilidade. Os pesquisadores reforçam que a música pode ser usada como alternativa de cuidado, por proporcionar ao usuário reações sensoriais e psicológicas como relaxamento e bem-estar, permitindo o acesso ao interior da vida do indivíduo através da percepção de si e dos outros no contexto do aprendizado grupal.

O Reiki utilizado no cuidado/tratamento da saúde mental é apontado como principal contribuinte para melhora do alto nível de estresse e forte propulsor para o desencadeamento de sentimentos positivos (DE' CARLI, 2017). Intervenção realizada para determinar se 30 minutos de Reiki poderia reduzir a Síndrome de Burnout em médicos que atuam em clínicas comunitárias de saúde mental, mostrou-se eficaz, pois houve redução da exaustão emocional relacionada a esta síndrome (ROSADA et al, 2015).

Dentre os inúmeros benefícios, o Reiki pode proporcionar o relaxamento físico e mental, redução do estresse, assim como da ansiedade, alívio da dor, além de promover o autocuidado, por meio do qual a pessoa assistida tem consciência da sua própria responsabilidade, dentro do processo de tratamento/cuidado (DE' CARLI, 2017).

Estudo piloto objetivando avaliar o impacto do Reiki na educação, formação e prática em relação ao trabalho e estresse do enfermeiro, apoia e incentiva este profissional a utilizar a terapia para diminuir o estresse. Observou-se que quanto maior a frequência da utilização,

aumenta os efeitos positivos da terapia, não só para a equipe de enfermagem, mas também, para os pacientes (CUNEO et al, 2011).

Nos últimos cinco anos, o Reiki, vem sendo incorporado no atendimento hospitalar, mostrando-se como uma estratégia não farmacológica efetiva, capaz de gerar benefícios no tratamento e cuidado da saúde de forma mais ampla (SILVA; FERNANDES; FERREIRA, 2013; ADRIANO, 2017; KRAMLICH, 2017; JAHANTIQH et al, 2018).

Acredita-se que a revisão de literatura até aqui realizada contemplou os principais aspectos relativos ao Reiki, aos Transtornos Depressivos e a Promoção de Saúde Mental. Optou-se então, por trazer os conceitos e pressupostos da Teoria de Martha Rogers, os quais também foram utilizados a fim de fortalecer a cientificidade do Reiki. Os mesmos encontram-se descritos na próxima etapa do trabalho.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

A fim de aprofundar a produção do conhecimento científico acerca do Reiki e a promoção da saúde mental, optou-se por utilizar como referencial teórico, neste estudo, a CSHU de Martha Rogers, cujos conceitos e pressupostos encontram-se fundamentados na Fenomenologia e na Teoria Geral dos Sistemas (TGS) para a construção de um modelo conceitual de enfermagem (SÁ, 1994).

A fenomenologia emprega uma forma de reflexão que deve incluir a possibilidade de olhar as coisas como elas se manifestam. Têm sua abordagem pautada na busca incessante da compreensão do outro, a partir da sua perspectiva, aproximando-se da aptidão da enfermagem que visualiza o homem como um todo, holisticamente. A assistência à saúde, deste modo, procura ver o homem no mundo, situado em sua totalidade de vida (SPÍNDOLA, 1997).

Uma vez que a enfermagem envolve pessoas que cuidam de pessoas e manifesta preocupação com as relações humanas que se mantêm entre eles e seu mundo de trabalho aproxima-se, de certa forma, da fenomenologia existencial, representada por Ponty. Não se pretende detalhar a filosofia deste autor mas apresentar algumas de suas idéias fundamentais o espaço, o mundo, a sensação, a percepção, divulgadas em sua obra Fenomenologia da Percepção, onde são analisadas algumas questões tendo a percepção como pano de fundo. Ao mesmo tempo, o autor realiza um inventário teórico e prático da condição humana, subdividido em três partes: o sujeito da percepção - o corpo; o objeto da percepção - o mundo; e a síntese do para-si e o ser no mundo (SPÍNDOLA, 1997, p. 33)

Na visão de Ponty (1999, p. 8), “a percepção é o fundo sobre o qual todos os atos se destacam e ela está pressuposta por eles, o mundo é o meio natural e o campo de todos os meus pensamentos e de todas as minhas percepções explícitas, o homem está no mundo e é no mundo que ele se conhece”.

O conjunto de idéias aqui destacado reafirma a noção de que o mundo é percebido através do nosso corpo. Somos um todo, um corpo sensível que pensa, fala, se comunica e interage com o meio, com seu mundo. E é por meio dessa percepção que, verdadeiramente nos conhecemos (SPÍNDOLA, 1997).

O mundo fenomenológico é, segundo Merleau Ponty (1999, p. 17), “o sentido que transcende à intersecção de minhas experiências com as do outro, pela engrenagem de umas sobre as outras, ele é, pois, inseparável da subjetividade e da intersubjetividade que fazem sua unidade pela retomada de minhas experiências presentes, da experiência do outro na minha. O mundo fenomenológico não é a explicação de um ser preliminar, mas o fundamento do ser”.

Em relação a teoria dos sistemas, postulada pelo biólogo alemão Ludwig Von Bertalanffy, que mudou a vida das organizações de uma forma incomparavelmente mais intensa,

do que em qualquer outra época da história. De acordo com Bertalanffy (1977, p. 57), o criador da TGS, Sistema é o “conjunto de unidades em inter-relações mútuas”.

Ancorada na abordagem sistêmica e sob a ótica desse novo paradigma, passou-se então a estudar a relação de cada elemento com os próximos, concentrando-se nas interações entre os elementos. Dessa forma, enquanto a ciência tradicional encontra-se pautada na abordagem clássica, foca no funcionamento isolado dos diversos sistemas que formam o Sistema, a abordagem sistêmica aborda a interação desses sistemas menores entre eles e com o funcionamento do Sistema, como um todo (ARAÚJO; GOUVEIA, 2016).

Segundo Chiavenato (1983), o paradigma da Abordagem Sistêmica e seus respectivos pressupostos são:

**Expansionismo:** os sistemas são formados por outros sistemas, e interagem entre si. Dessa forma, os sistemas podem ser decompostos em partes menores, mas essas partes não são independentes. O enfoque principal é na relação de interdependência entre as partes, e, entre as partes e o sistema como um todo. O desempenho do sistema depende desse relacionamento, e não mais apenas do desempenho de uma parte isolada.

**Pensamento Sintético:** a abordagem sistêmica entende que sistemas existem dentro de sistemas, por isso o evento é explicado como parte de um sistema maior. Para o pensamento sintético é importante entender o papel que as partes desempenham no fenômeno maior. As partes são importantes, mas entendê-las isoladamente não é suficiente. O sistema é, portanto, mais do que a simples soma das explicações de suas partes. A análise do sistema é feita de forma dinâmica, relacionando a interação entre seus elementos, e entre o elemento e o sistema.

**Teleologia:** sendo o sistema parte de um todo maior, as causas não podem ser definidas como suficientes para um dado evento acontecer. Tal pressuposto estabelece, portanto, a visão probabilística, entendendo que os sistemas são abertos, pois mantém contato com os outros sistemas no qual estão inseridos, sendo difícil a simples relação de causa-efeito entre os eventos. Um fenômeno pode ter uma causa necessária, mas nem sempre suficiente para seu acontecimento. Outra (s) variável (eis) pode (m) existir com essa condição, sendo muitas vezes imprevisível sua definição. Essa relação acontece porque não temos total controle do MA em que o evento ocorre, pois como sistemas abertos que se comunicam com o meio externo, e este é um MA altamente mutável e dinâmico, as variáveis influenciadoras no evento surgem e se transformam a todo o momento, ficando difícil a simples definição e afirmação estática destas.

Posterior a essa breve apresentação das teorias de base, entende-se que o SH é um sistema aberto, visualizado na sua totalidade e, em troca de energia simultânea e ininterrupta com o MA. Sendo assim, é pertinente aprofundar o referencial teórico no que diz respeito a CSHU que surgiu

após o conhecimento oriundo dessas duas teorias anteriores. Este paradigma é humanístico e não mecanicista. Portanto, requer uma outra visão de mundo onde se fazem necessários uma nova síntese, um salto criativo e a inculcação de novas atitudes e valores (ROGERS, 1983).

Marta E. Rogers, enfermeira americana, desenvolveu sua Teoria de Enfermagem, apresentando-a em 1970, com atualização em 1992, com orientação para campos da energia e padrão de ondas. Acreditava que o conhecimento do passado é fundamento necessário para a compreensão presente da enfermagem, para a evolução das teorias e dos princípios que devem orientar sua prática.

Relacionado ao modelo de Rogers, a CSHU, foram definidos quatro principais conceitos (Campos de Energia, Abertura, Padrão e Pandimensionalidade) e três princípios (Integralidade, Ressonância e Helicidade). Entende-se por Campo, um conceito unificador e por Energia, a dinâmica natural do Campo. Os Campos são infinitos e existem sem limites. Quanto ao conceito de Abertura, Rogers postulou que o Universo é um sistema aberto em contínua mudança e inovação. O Padrão foi definido como uma abstração que dá identidade ao CEH que é único e integrado com o CA. Finalmente, Pandimensionalidade é definida como um domínio não linear, sem atributos espaciais e temporais, que abrange os CEH e CA (ROGERS, 1990).

Campos de Energia são campos de natureza elétrica, em um estado de fluxo contínuo, o qual varia na sua intensidade, densidade e extensão (ROGERS, 1981). Campos de energia são postulados para constituir a unidade fundamental de todos seres vivos e não vivos. Campos de energia são infinitos (ROGERS, 1989). Tudo o que existe no universo são campos de energia, visto que matéria é energia. A Teoria clássica de campo postula que campos existem através do espaço-tempo, embora seus potenciais possam variar de um ponto ao outro na dimensão espaço-tempo.

Os Campos não requerem matéria observável para existir, contudo, eles são percebidos através de seus efeitos, isto é, movimentos de forças entre objetos (ROGERS, 1981). Campos de energia refletem a natureza dinâmica do SH e MA em suas totalidades e individualidades. Assim sendo, esses campos, em determinado ponto do espaço-tempo, são resultados de seus estágios evolutivos.

Abertura indica que campos de energia são infinitos e abertos - não um pouco ou algumas vezes - mas continuamente abertos. SH e MA são considerados sistemas abertos, cujos campos de energia específicos estão continuamente interagindo entre si. Esta interação é um processo dinâmico e caracterizada por ações recíprocas, na qual ambos estão, continuamente, afetando e sendo afetados um pelo outro. Conseqüentemente, seus campos de energia são negentrópicos,

caracterizados por uma crescente heterogeneidade, diferenciação diversidade e complexidade do padrão do campo (ROGERS, 1983).

O processo de interação entre SH e MA, traz por sua vez a noção de responsabilidade, visto que ele não ocorre aleatoriamente. O SH é livre para interagir com o MA, mas é ao mesmo tempo responsável pela forma com que o faz. O constante intercâmbio de matéria e energia entre ambos se acha na base do "tornar-se" do SH e é este intercâmbio que representa a criatividade da vida (ROGERS, 1981).

Padrão é a característica distinguível de um campo de energia, percebida como uma simples onda. É uma abstração que se revela no mundo concreto, através de suas manifestações (ROGERS, 1989). Este conceito indica que um dado fenômeno pode vir acompanhado de múltiplas manifestações de padronização, mas somente de uma frequência ou padrão de onda, que resulta da síntese das mesmas. Assim, embora o padrão de um dado campo de energia não possa ser diretamente visto, manifestações deste são evidentes por meio da personalidade, das características comportamentais e de desenvolvimento do indivíduo (COMPTON, 1989).

Cada padrão de CEH é único e integral com o seu próprio padrão de CA. Deste modo, o padrão de ambos, evoluem juntos. Sendo o universo um sistema dinâmico e negentrópico, "os campos estão constantemente mudando na direção postulada, de baixo para alto padrão de frequência de onda" (ROGERS, 1981, p.111). Conseqüentemente, a natureza do padrão é sempre nova, criativa, tendendo a estágios cada vez mais complexos.

Pandimensionalidade é definida como um domínio não linear, sem atributos espaciais temporais (ROGERS, 1989). Os CEH e CA são postulados para serem pandimensionais. Isto implica em uma forma nova de olhar e perceber a realidade, que difere da visão tradicional. Este conceito emerge a partir da teoria da relatividade de Einstein, na qual a realidade transcende o tradicional espaço-tempo, coordenados em um produto novo e irreduzível. Esta teoria se baseia na descoberta de que todas as medidas de espaço e tempo são relativas. A teoria da relatividade mostrou que o espaço não é tridimensional e que o tempo não é uma entidade isolada. Ambos se acham íntima e inseparavelmente conectados, e formam um continuum pandimensional denominado espaço-tempo (CAPRA, 1993).

A partir deste referencial, o presente deixa de ser um ponto no tempo para tornar-se multidimensional, assim como todo o processo de mudança passa a ser relativo. Conseqüentemente, as dimensões da realidade vão além da capacidade de percepção do SH. Outro aspecto a ser considerado, a partir dessa perspectiva é a possibilidade de explicar os fenômenos paranormais tais como: premonição, telepatia, clarividência, dentre outros. A clarividência, por exemplo, é racional em um campo humano pandimensional em interação

contínua e simultânea com um CA pandimensional (ROGERS, 1981). O uso do Reiki e do Toque terapêutico, como modalidades de intervenção, também requerem algum tipo de percepção pandimensional.

A qualidade pandimensional do SH, proposto por Rogers, é um conceito difícil de ser entendido, a partir de uma perspectiva tridimensional. Rogers (1981) coloca que, infelizmente, palavras são ainda inadequadas para comunicar o escopo e a profundidade deste conceito; e que esforços para esquematizar pandimensionalidade requer uma forma de pensar substancialmente abstrata. Entretanto, novas formas de consciência da pandimensionalidade do SH e do MA são postulados para acompanhar o aumento da frequência e diversidade do padrão de campo (SILVA et al, 2014).

SH/CEH é definido como um campo de energia irreduzível, pandimensional, identificado pelo padrão e manifestando características que são diferentes daquelas de suas partes e que não podem ser preditas do conhecimento de tais partes (ROGERS, 1989). O seu comportamento reflete a fusão dos atributos físico, biológico, psicológico, social, cultural e espiritual em um indivisível todo, no qual as partes não são distinguíveis. O SH é parte do universo, mantém com ele um fluxo contínuo de energia que varia em intensidade, extensão e densidade. Desta forma, não pode ser visualizado e compreendido isoladamente do seu MA, ou seja, isolado de sua família, amigos, comunidade, sociedade e objetos que o cercam. O SH é capaz de abstrair, imaginar, se comunicar, pensar, sentir e se emocionar, o que o caracteriza como ser transcendental (ROGERS, 1981; SILVA et al, 2014).

Possui a capacidade de escolher e decidir, prerrogativa do ser pensante que é. Conseqüentemente, pode implementar mudanças na evolução do seu processo vital. Este é a expressão da evolução rítmica do campo ao longo de um eixo espiralado, ligado na matriz pandimensional, sempre modelando e sendo modelado pelo meio (ROGERS, 1981). A evolução do processo vital, por sua vez, reflete a conscientização, ou seja, o processo de interação das forças mentais do campo individual na crescente dinamização, complexificação e conscientização do ser (SILVA et al, 2014).

MA/CA é definido como um campo de energia irreduzível, pandimensional, identificado pelo padrão e manifestando características que são diferentes daquelas de suas partes e que não podem ser preditas do conhecimento de tais partes (ROGERS, 1989). O SH e o MA são sistemas complementares, não dicotômicos. Estão continuamente trocando matéria e energia entre si, o que resulta em constantes e mútuas transformações para níveis crescentes de complexidade e heterogeneidade (ROGERS, 1981).

Cada pessoa possui o seu próprio CA que é único e somente pode ser percebido no seu todo irreduzível. Para Rogers, a família é percebida como um campo de energia irreduzível, diferente de suas partes e manifestando características que não podem ser preditas a partir do conhecimento dos membros da família. A sociedade pode ser entendida a partir do conceito de família (ROGERS, 1983).

Saúde e doença não são condições dicotômicas, são partes do mesmo continuum. Saúde e doença são expressões do processo vital, que resultam da interação do SH e MA. Conseqüentemente, saúde pode ser entendida como resultado da relação de harmonia do SH com o seu "eu" e com o MA. Esta relação se refere no padrão do CEH, que por sua vez norteia o curso de seu processo vital (ROGERS, 1981).

A doença, ao contrário, origina-se das interações desarmônicas do SH e reflete em determinado ponto do espaço-tempo, os valores, hábitos, costumes e grau de conhecimento do SH, acerca do seu "eu", do seu mundo e do universo. A aprendizagem e experiências resultantes do estar doente podem ajudar o SH a redirecionar o seu processo vital. Todavia, quando as alterações do ritmo do campo humano tornam-se incompatíveis com o seu processo vital nesta dimensão da vida, ocorre a morte. "A morte é concebida como uma transformação de energia" (ROGERS, 1981, p. 56), ou seja, uma mudança de estágio vibratório.

A vida e a morte não são condições dicotômicas, mas fazem parte de um continuum. Conseqüentemente, a morte não constitui um fim em si mesma, mas a possibilidade do homem existir no processo infinito de sua evolução, enquanto ser consciente. Cada SH experiencia a doença de maneira única, tanto em relação à manifestação como, também, em relação à forma como reagirá a ela. Isto pode ser explicado pelo padrão do CEH individual, que é único e decorrente do estágio evolutivo do seu processo vital. O enfermeiro, conhecendo as manifestações do padrão do CEH do paciente poderá compreender os momentos do seu processo vital.

Enfermagem pode ser definida como sendo tanto uma ciência, como uma arte. A ciência da enfermagem é um corpo do conhecimento abstrato, a que se chegou pela pesquisa científica e análise lógica. A prática da enfermagem consiste na utilização do corpo de conhecimento abstrato de enfermagem a serviço do SH (ROGERS, 1981). A enfermagem existe para cuidar de pessoas, sua responsabilidade direta e última é para com a sociedade. Considerando o processo saúde-doença, o enfermeiro tem suas ações voltadas tanto para a prevenção como para a assistência aos pacientes (ROGERS, 1981).

Essas ações têm como objetivo promover a interação sincrônica entre o SH e MA, para fortalecer a coerência e integridade do campo humano, para redirecionar e redirecionar o padrão de

ambos os campos para a realização do máximo potencial de saúde (ROGERS, 1981). Com relação à prevenção, o enfermeiro tem sua ação basicamente voltada para a educação em saúde. Esta educação objetiva a mudança dos conceitos que acarretam uma relação desarmoniosa entre o SH e MA.

O enfermeiro pode e deve participar, juntamente com indivíduo, família, grupos e comunidade, do processo de mudança. Este processo pode emergir do estabelecimento em conjunto de metas e objetivos probabilísticos para ajudá-los a adquirir e/ou manter a saúde em seu nível máximo. Concomitantemente, o estabelecimento de objetivos probabilísticos implica na criação de valores os quais o SH pode adquirir em um determinado momento (ROGERS, 1981).

Nesse sentido, o enfermeiro pode atuar no fortalecimento da coerência e integridade do CEH desde a vida intra-uterina até o envelhecimento. Para isto, o enfermeiro necessita, em primeiro lugar, compreender a natureza do CEH em sua evolução rítmica e em sua dinâmica relação com o CA. Com relação à assistência de enfermagem, o enfermeiro tem suas ações voltadas tanto para a educação em saúde, como para a busca do redirecionamento do curso do processo vital dos pacientes e das suas relações com o MA. Estas ações geralmente são executadas pelos elementos da equipe de enfermagem, que atuam em uma graduação de complexidade.

Entretanto, cabe ao enfermeiro uma parcela maior de responsabilidade neste processo. A assistência de enfermagem, a partir da perspectiva rogeriana, implica que o enfermeiro respeite e trabalhe com as diversidades de padronização dos campos de energia. Assim, ele deve ter em mente que padrões de campo mais diversos, ou seja, de alta frequência de onda, mudam mais rapidamente do que os menos diversos ou de baixa frequência de onda (ROGERS, 1983). A partir dessa Teoria, o enfermeiro deixa de ser autoridade para tornar-se um parceiro terapêutico. Para tanto, deve compartilhar conhecimentos e habilidades com o paciente e/ou pessoas do seu CA, capacitando-os a exercitarem sua autonomia no processo terapêutico. Deste modo, o paciente também é considerado responsável pelo seu processo saúde-doença. Visando atuar na totalidade do paciente, o enfermeiro pode utilizar técnicas que mobilizem os seus mecanismos de auto-cura, tais como: visualização, imposição de mãos, musicoterapia, cromoterapia, dentre outros (KUREBAYASHI, et al. 2012).

O cuidar do SH situado em seu MA, a partir de um processo dinâmico de interação e transformações mútuas, constitui-se em um desafio para o enfermeiro. Este desafio emerge à medida que requer desse profissional a busca do auto-conhecimento e da auto-transformação. Exige também, que o enfermeiro tenha uma base substancial de conhecimento, que seja capaz

de se comunicar efetivamente, de pensar lógica-intuitivamente. Para efeito de uma atuação bem-sucedida deverá ser tecnicamente eficiente e dispor de habilidades para estabelecer um relacionamento interpessoal, através do uso das técnicas de comunicação terapêutica. Entretanto, tais habilidades são partes do processo de cuidar dos pacientes, visto que o respeito e o interesse sincero por eles são requisitos primordiais da sua atuação (ROGERS, 1990).

A CSHU propõe a transformação da prática de enfermagem em um sistema terapêutico independente, que promova a saúde, centrado na utilização da energia e em processos não-invasivos, como é o caso do Reiki. Para Rogers, a realidade é não-linear e, sim, circular, rítmica e virtual. Assim, o trabalho a ser desenvolvido por enfermeiros que utilizam sua teoria é parte integrante da dinâmica universal, que é cíclica, contínua, em constante movimento, rítmica e que evolui sempre para estados inovadores, o que envolve uma função criadora constante no processo vital humano (SÁ, 1994).

No contexto Rogeriano, o SH possui integridade individual e manifesta características que são mais que a soma das partes e diferente delas. As propriedades distintas do todo também são significativamente diferentes daquelas de suas partes. Não é suficiente o conhecimento amplo do sistema vivo - SH.

O SH torna-se visível apenas quando as partes se dissociam da vista humana. Devido a sua totalidade, o processo vital do SH é um curso dinâmico, contínuo, criativo, evolutivo e incerto, resultando em um padrão altamente variável e em constante modificação. Possui qualidades negentrópicas (pautados em princípios da física quântica) e entrópicas (princípio da termodinâmica que regulam as leis das trocas e da conservação da energia) (ROGERS, 1981).

O SH é, portanto, um ser único, capaz de autorreflexão acerca dos seus atos, na busca de ser mais, tornando-se responsável pelas suas escolhas e pelo resultado de sua história. Incluindo-se o enfermeiro, o qual é um ser acima de tudo que depende de seu potencial mutável para sobreviver a cada alteração dos padrões energéticos dos CEH e CA:

Se aceitarmos que uma pessoa é um campo energético torna-se fácil explorar modalidades terapêuticas como o Reiki, a meditação ou a musicoterapia, por exemplo. A visão de mundo dos indivíduos costuma refletir o sistema de crenças dominantes. Eis o porquê de se analisar a questão da visão de mundo, a fim de dar espaço para o desenvolvimento do nosso potencial criativo (ROGERS, 1981, p. 123).

Os Princípios da Homeodinâmica correspondem à integralidade, a integração constante e total dos CEH e CA. As mudanças contínuas que ocorrem entre ambos, com variadas frequências de onda, intensidade e velocidade de respostas foram denominadas ressonância. Os padrões de resposta provocados pelas contínuas modificações que ocorrem nos campos humano

e ambiental, que têm uma única direção, no qual o processo passado é incorporado ao presente em um ritmo dinâmico e não linear, denominou-se helicidade (ROGERS, 1981; ROGERS, 1990).

O princípio da integralidade estabelece que o processo de interação entre os CEH e CA é contínuo, mútuo e simultâneo (ROGERS, 1989). Este princípio explica a natureza dinâmica do universo de sistemas abertos em interação contínua, mútua e simultânea. CEH e CA coexistem, e são sistemas que evoluem a partir das múltiplas interações entre eles. Conseqüentemente, a qualidade negentrópica da vida é evidenciada através das transformações incessantes. De acordo com Rogers (1981), este princípio auxilia o enfermeiro a compreender a dinâmica da relação SH-MA, detectando como e em que momento houve perda da integridade sincrônica e recíproca dessa relação.

Ressonância, esse princípio postula as mudanças contínuas, de baixa para alta frequência dos padrões de onda, nos CEH e CA (ROGERS, 1989). A vida é uma manifestação de vibrações rítmicas de ondas que emergem da repadronização contínua de ambos os campos. Variam as velocidades, as amplitudes e o comprimento das ondas, mas elas estão sempre presentes. Todo CEH possui o seu ritmo, que é único e manifesta características que são maiores e diferentes da soma de seus ritmos cardíaco, respiratório, metabólico, intestinal, imunológico e dos demais.

Qualquer relação desarmônica entre o CEH e CA gera interferências dissonantes, com conseqüentes disritmias nos padrões de ondas de ambos. As disritmias trazem para o homem desconforto, doença e morte. Este princípio possibilita ao enfermeiro detectar a presença ou ausência de disritmias e nortear as ações de enfermagem para restabelecer, quando possível, o curso rítmico da relação entre o CEH e CA.

Helicidade, esse: o princípio estabelece que a natureza e direção da mudança dos padrões dos CEH e CA é contínua, inovadora, probabilística e caracterizada pela diversidade crescente, manifestando ritmicidade não repetitivas (ROGERS, 1989). Este princípio indica que a direção do processo desenvolvimental é probabilística, inovadora, não comportando regressões a estágios anteriores.

Rogers (1981) representa o princípio da helicidade por uma espiral irregular, na qual o processo desenvolvimental ou evolucionário dos padrões dos campos humano e ambiental se fazem em uma progressão não linear. Assim, este processo é unidirecional, manifestando ritmicidade não repetitiva, embora a cada volta da espiral possa surgir eventos semelhantes a outros já vivenciados. Este princípio, segundo Rogers (1981), possibilita ao enfermeiro conhecer antecedentes históricos e estabelecer o curso probabilístico da evolução do processo vital.

Nas últimas décadas, a partir de 1970, inspirados em Rogers, surgiu uma nova geração de teóricos gerando desdobramentos conceituais, como Conscientização integrada, Empatia, Empoderamento, entre outros, discutidos para clarificar o processo de interação mútua humana, como um fenômeno de importância fundamental para o bem-estar. A percepção do momento de integração (processo de conhecimento mútuo) pode se manifestar de diferentes maneiras com padrões em que as ondas se complementam harmônica, sincronicamente ou por padrões de dissonância, cujas ondas têm frequências que são caóticas entre si (KUREBAYASHI et al, 2012).

Acredita-se que o cuidado em saúde mental poderá ser ainda mais qualificado a partir dos conceitos e pressupostos da CSHU, utilizando o Reiki como instrumento potencializador desse cuidado.

## **5 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **5.1 Caracterização da Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva. Para Gil (2018), a pesquisa exploratória possibilita maior intimidade do pesquisador com o tema e debruça-se sobre assuntos pouco conhecidos, como é o caso da temática proposta. Já, a abordagem qualitativa abrange o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2014) e que estão diretamente ligados aos processos de interação entre as pessoas.

### **5.2 Cenário da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Saúde Mental (ASM) da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio Grande/RS, o qual localiza-se no bairro centro. A equipe é formada por quatro psicólogas, três educadoras sociais, uma enfermeira, dois arte educadores, dois médicos, sendo um psiquiatra e um clínico geral, duas estagiárias de nível superior (psicologia), um porteiro e uma auxiliar para os serviços gerais.

O local destina-se ao atendimento exclusivo das pessoas que utilizam o SUS. Estas são encaminhadas pela Rede Básica de Saúde, pelo Centro de Referência da Assistência Social, Centro de Referência Especializado de Assistência Social, Conselho Tutelar e Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Cabe ressaltar que antes de começar a aplicação do Reiki aos participantes da pesquisa, foi aplicado, inicialmente na equipe do local, a pedido dos mesmos, situação essa que facilitou e fortaleceu o vínculo da terapeuta com a equipe.

### **5.3 Participantes da Pesquisa**

Foram convidados a participar da pesquisa 10 pessoas atendidas no ASM, com o diagnóstico de depressão e selecionadas pelos profissionais que ali atuam, considerando aqueles que estavam em tratamento recente ou há algum tempo, a fim de conseguir pessoas que se encontrassem em diferentes fases do tratamento e do nível da doença. O número reduzido de participantes deu-se ao fato de que a pesquisadora foi a única pessoa que aplicou o Reiki, tornando-se inviável atender um maior número de pessoas. Destaca-se que esta terapia requer

tempo e disponibilidade, pois visa contemplar as necessidades individuais de cada pessoa e, também, a fim de manter a energia em um nível adequado para realizar tal intervenção.

Os critérios de inclusão foram: estar recebendo atendimento no ASM no momento da coleta de dados, ter disponibilidade no horário estabelecido e ser alfabetizado. O critério de exclusão foi: pessoas que, devido à patologia, não conseguissem se comunicar de forma verbal e não verbal.

#### **5.4 Coleta dos Dados**

Após a indicação dos participantes da pesquisa, foi realizado contato individual, em que foi entregue material explicativo sobre o Reiki, bem como a pesquisadora mostrou inteira disponibilidade para elucidar as dúvidas relacionadas ao Reiki. Posteriormente, foram explicitados os objetivos e a metodologia proposta, bem como esclarecido aos participantes sua liberdade para manterem sua participação ao longo da pesquisa ou não; os benefícios da mesma e a garantia do anonimato de suas informações.

Para realização da aplicação de Reiki foi disponibilizada uma sala no segundo andar, que possui uma maca. Nessa sala foram realizadas as sessões de Reiki e as entrevistas, garantindo a privacidade e bem-estar de cada participante. A sala foi previamente preparada antes de cada encontro, com música relaxante, difusor de aromas elétrico e uma estufa elétrica, a fim de proporcionar aos participantes maior conforto para a realização das sessões.

Posteriormente, os participantes foram agendados para as sessões de Reiki, as quais ocorreram todas as quintas e sextas-feiras à tarde, durante os meses de junho e julho do ano de 2018, totalizando cinco encontros, na qual de acordo com a recomendação dos estudos acerca do Reiki, prevêem uma média de cinco a oito sessões, tendo uma duração média de 20 minutos cada (FREITAG et al, 2014; KUREBAYASHI, 2016; SANTOS, 2015).

Nas quatro primeiras sessões, logo após a aplicação do Reiki, foi solicitado aos participantes que escrevessem de forma espontânea as percepções vivenciadas durante o processo da aplicação. Para tanto, foi oferecida uma ficha avaliativa (APÊNDICE B), elaborada pela mestranda contendo nome, idade, data/hora, número da sessão e caneta. As descrições tiveram o intuito de conhecer os sentimentos e percepções dos participantes acerca do Reiki, antes e após a sua aplicação em cada sessão.

Ao final do quinto encontro foi realizada a entrevista semiestruturada, individualmente, conforme roteiro previamente elaborado pela pesquisadora e orientadora, contendo perguntas que caracterizaram as condições sócio-econômicas dos participantes e outras que possibilitaram

aos mesmos relatarem suas percepções acerca do Reiki em sua vida cotidiana. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas (APÊNDICE C). Tanto as descrições realizadas em cada sessão (APÊNDICE B) de forma espontânea, como as entrevistas foram utilizadas para realizar a análise dos dados.

Também foi realizado o diário de campo, no qual foram registrados os acontecimentos pertinentes à pesquisa e observações da terapeuta, ao longo das sessões. Por meio da observação simples e registro no diário de campo, a terapeuta manteve-se neutra diante dos fatos, no sentido de apenas descrever o que foi atentamente observado tanto por meio da comunicação verbal como não verbal.

Para Minayo (2014), o diário de campo é definido como um acervo onde emergem impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações, resultando em maior riqueza à pesquisa. Para produzir um *corpus* de análise, selecionaram-se e organizaram-se partes do material, relacionados a questão norteadora da pesquisa.

## 5.5 Análise dos Dados

Após a coleta, os dados foram analisados segundo a proposta de Análise Temática de Conteúdo (MINAYO, 2014). Esta técnica é definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, por meio das quais o pesquisador constrói o conhecimento a partir da análise dos discursos, visando não apenas conhecer os significados das palavras, mas também, a mensagem que está implícita.

A análise temática é constituída por três etapas:

- **Primeira etapa:** pré-análise - nessa fase a pesquisadora fez a leitura criteriosa das transcrições e anotações, retornando aos objetivos iniciais da pesquisa. Durante a leitura do material, podem emergir novas situações, de acordo com o tema, que podem delimitar ou ampliar os objetivos iniciais. Nesta pesquisa, os objetivos iniciais se mantiveram os mesmos.
- **Segunda etapa:** exploração do material - consistiu no processo de categorização, por meio do agrupamento de semelhanças e diferenças trazidas pelas falas dos participantes, com isso, as categorias foram construídas por meio dos dados obtidos mais significativos, relevantes e específicos relativos ao tema abordado.

- **Terceira etapa:** tratamento dos resultados obtidos e interpretação - essa etapa permitiu que os dados reunidos fossem relacionados, inferidos e interpretados, utilizando autores que abordam o tema da pesquisa e alguns conceitos da Teoria de Rogers, evidenciando os significados e mostrando os resultados advindos do estudo.

## 5.6 Aspectos Éticos

O estudo respeitou os princípios éticos da Resolução 466/12 que rege as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado junto à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem, ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG sob o parecer número 64/2018 e ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) da Secretaria Municipal da Saúde, sob o número 005/2018.

Ao concordarem em participar da pesquisa, foram entregues aos participantes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A pesquisadora explicou aos mesmos, os objetivos e a metodologia do estudo, bem como o que é a TR. Logo após, foi assinado o TCLE, assegurando o respeito aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa, como o direito à privacidade, garantindo o anonimato dos participantes por meio da utilização da letra P (Participante) acompanhado do número correspondente ao atendimento, ou seja: P1, P2 e, assim sucessivamente, para identificar os discursos e, a letra T para identificar a Terapeuta. Após o término da pesquisa, os dados originados bem como os TCLE foram armazenados e serão mantidos pelo período de cinco anos no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (GEPESM/FURG), garantindo assim, a segurança dos dados.

## 6 RESULTADOS

Os resultados e as discussões dos dados obtidos nesta dissertação serão apresentados por meio de dois artigos científicos, os quais se encontram elaborados e formatados de acordo com as normas específicas de cada revista previamente escolhida. O primeiro artigo intitulado “INFLUÊNCIA DA APLICAÇÃO DO REIKI EM PESSOAS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO” será encaminhado para a *Revista Enfermería Global*, com indexação “B1” no Qualis Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Tal artigo tem como objetivo: compreender a utilização e aplicação do Reiki como intervenção de cuidado de enfermagem às pessoas diagnosticadas com depressão. As normas de submissão do artigo podem ser encontradas e conferidas no site <https://revistas.um.es/index.php/eglobal/about/submissions#authorGuidelines>

O segundo artigo intitulado “REIKI COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO EM PESSOAS COM DEPRESSÃO” será encaminhado para a REEUSP, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com indexação “A2” no Qualis Periódicos da CAPES. O artigo tem como objetivo: conhecer as percepções das pessoas diagnosticadas com depressão acerca do recebimento de Reiki associado ao tratamento tradicional. As normas de submissão podem ser encontradas e conferidas no site <http://www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm>

## 6.1 ARTIGO 1

# INFLUÊNCIA DA APLICAÇÃO DO REIKI EM PESSOAS COM TRANSTORNO DEPRESSIVO

## INFLUENCIA DE LA APLICACIÓN DEL REIKI EN PERSONAS CON TRANSTORNO DEPRESIVO

## INFLUENCE OF REIKI APPLICATION IN PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDER

Silvana Possani Medeiros<sup>1</sup>

Adriane Maria Netto de Oliveira<sup>2</sup>

1. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) – Escola de Enfermagem (EENF). Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, RS, Brasil.

2. Professora Doutora - Escola de Enfermagem (EENF). Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, RS, Brasil.

E-mail: [silpossani@hotmail.com](mailto:silpossani@hotmail.com)

### RESUMO

**Objetivo:** compreender a utilização e aplicação do Reiki como intervenção do cuidado de enfermagem às pessoas diagnosticadas com depressão.

**Material e Métodos:** pesquisa qualitativa realizada com 10 pessoas que têm o diagnóstico de depressão, que participam das atividades terapêuticas de um Ambulatório de Saúde Mental no Sul do Brasil. Os dados foram coletados entre os meses de junho e julho de 2018, por meio da ficha avaliativa subjetiva, do diário de campo e da entrevista semiestruturada. Estes foram analisadas conforme a análise temática de conteúdo, tendo como referencial teórico a Teoria Ciência do Ser Humano Unitário.

**Resultados:** emergiram a partir da análise duas categorias: descrições do cuidado de enfermagem pelos participantes, ao longo das sessões de Reiki e observações na comunicação verbal e não verbal a partir da percepção da Terapeuta. Foi possível identificar nas falas, bem como na ótica da Terapeuta, mudanças positivas referentes ao cuidado de enfermagem prestado à essas pessoas, como, aumento da autoestima, autoconfiança e voltar a realizar as atividades cotidianas.

**Conclusão:** O Reiki como instrumento de cuidado mostrou-se eficaz, mesmo diante das limitações encontradas, devido às características específicas dos transtornos depressivos que, geralmente limitam a cognição e linguagem daqueles que são acometidos pela doença. Conseguir observar e dar-se conta de algumas mudanças nas pessoas, principalmente no que se refere a comunicação não verbal, por meio das observações realizadas e registradas pela terapeuta-enfermeira, mostra o envolvimento que o enfermeiro precisa ter com este tipo de intervenção, pois necessita de sensibilidade para captar as mensagens emitidas pelo outro, bem como conseguir compreender os diversos tipos de linguagem e, com isso prestar o cuidado adequado de acordo com as necessidades de cada um.

**Palavras-chave:** Depressão; Saúde mental; Toque terapêutico; Cuidado de enfermagem; Enfermagem psiquiátrica.

**RESUMEN:**

**Objetivo:** comprender la utilización y aplicación del Reiki como intervención de cuidado de enfermería a las personas diagnosticadas con depresión.

**Material y Métodos:** investigación cualitativa realizada con 10 personas, con diagnóstico de depresión, que participan en las actividades terapéuticas de un Ambulatorio de Salud Mental en el Sur de Brasil. Los datos fueron recolectados entre los meses de junio y julio de 2018, por medio de una ficha evaluativa y un diario de campo, y analizadas conforme al análisis temático de contenido, subsidiados con la Teoría Ciencia del Ser Humano Unitario.

**Resultados:** surgieron a partir del análisis dos categorías: descripciones del cuidado de enfermería por los participantes, a lo largo de las sesiones de Reiki y observaciones en la comunicación verbal y no verbal a partir de la percepción de la Terapeuta. Es posible identificar en los discursos, así como en la óptica de la Terapeuta, cambios positivos sobre el cuidado de enfermería prestados a esas personas, como, acogida, autoconfianza, entre otros.

**Conclusión:** El Reiki como instrumento de cuidado se mostró eficaz, incluso ante las limitaciones encontradas, debido a las características específicas de los trastornos depresivos que, generalmente, limitan la cognición y el lenguaje de aquellos que son acometidos por la enfermedad. En la mayoría de los casos, la comunicación no verbal por medio de las observaciones realizadas y registradas por la terapeuta-enfermera, muestra la implicación que el enfermero necesita tener con este tipo de intervención, pues necesita de sensibilidad para captar los diversos mensajes emitidos por el otro, así como lograr comprender los diversos tipos de lenguaje y, con ello, prestar el cuidado adecuado de acuerdo a las necesidades de cada persona.

**Palabras clave:** Depresión; Salud mental; Toque terapéutico; Cuidado de enfermería; Enfermería.

**ABSTRACT:**

**Objective:** to understand the use and application of Reiki as a nursing care intervention for people diagnosed with depression.

**Material and Methods:** qualitative research with 10 people with a diagnosis of depression who participate in the therapeutic activities of a Mental Health Clinic in Southern Brazil. The data were collected between June and July 2018, through an evaluative record and a field diary, and analyzed according to the thematic analysis of content, subsidized with the Theory of Human Being.

**Results:** two categories emerged from the analysis: descriptions of nursing care by the participants, along the Reiki sessions and observations in verbal and non-verbal communication from the Therapist's perception. It was possible to identify in the speeches, as well as in the perspective of the Therapist, positive changes about the nursing care provided to these people, such as, welcoming, self-confidence, among others.

**Conclusion:** Reiki as an instrument of care has proven to be effective, even in the face of the limitations encountered, due to the specific characteristics of depressive disorders that usually limit the cognition and language of those who are affected by the disease. Non-verbal communication, through the observations made and registered by the therapist-nurse, shows the involvement that the nurse needs to have with this type of intervention, since it requires sensitivity to capture the different messages emitted by the other, as well as to achieve understand the different types of language and, with this, provide the appropriate care according to the needs of each person.

**Keywords:** Depression; Mental health; Therapeutic touch; Nursing care; Nursing.

## Introdução

A depressão é considerada um dos principais e mais prevalentes problemas em saúde mental, com taxas que alcançam até 20% da população mundial. Esta ocasiona impacto no meio social de tal modo, que é apontada como a segunda patologia que ocasiona mais prejuízo na esfera econômico-social no campo da saúde. As comorbidades dos quadros depressivos se refletem nas patologias crônicas, dificultando o tratamento nos serviços de saúde, por falta de profissionais especializados ou devido a dificuldade na realização do diagnóstico<sup>(1)</sup>.

A doença depressiva está diretamente relacionada as questões de isolamento, perda de vontade ou prazer na vida, de modo em geral, acarretando em déficit na integração social, afetando pessoas de todas as culturas e idades. Os episódios depressivos costumam ocorrer numa fase precoce da vida e por isso, tornarem-se crônicos ou recorrentes, e seus sintomas podem, muitas vezes, serem banalizados<sup>(2)</sup>.

Os diversos sintomas associados à depressão geram prejuízos no meio pessoal, afetivo e sócio ocupacional do indivíduo. Dentre estes se encontram: a cognição social, definida por alguns autores como a capacidade de identificar, perceber e interpretar informações socialmente relevantes, desempenhando um papel importante para o êxito do funcionamento interpessoal<sup>(3)</sup>.

Como resultado dos prejuízos na cognição social, pessoas diagnosticadas com depressão apresentam diminuição do desejo de comunicar-se com outras, implicações na tomada de decisão em contextos sociais, sensibilidade aumentada perante rejeição de grupos e dificuldade importante para identificar suas emoções<sup>(4)</sup>.

Em função dessas implicações, a comunicação terapêutica, seja ela, na forma verbal e não verbal, são ferramentas importantíssimas a serem utilizadas pelos profissionais, principalmente os que atuam em saúde mental<sup>(5)</sup>. Entretanto, salienta-se que a comunicação terapêutica é sempre uma interação complexa, sendo necessário utilizar a escuta ativa para promover a compreensão e melhor entendimento das diferentes formas de comunicação, dentre elas, o toque, a postura, o olhar, o timbre da voz, a empatia, o humor, entre outros, a fim de minimizar as dificuldades no atendimento as pessoas que buscam os serviços de saúde mental e, de forma a garantir que os cuidados prestados para além da competência técnica, também ofereçam a competência relacional e humana<sup>(6)</sup>.

Nesse contexto, surge o Reiki como intervenção, também como ferramenta integrante do cuidado prestado as pessoas que tem esta psicopatologia, uma vez que a demanda da mesma vem aumentando significativamente nas instituições de saúde. O Reiki contempla os pressupostos da humanização do atendimento, as discussões sobre a integralidade em saúde e a promoção do cuidado com vistas à transformação do modelo técnico-assistencial. Seu enfoque é atrelado a um olhar holístico do ser humano, por meio da escuta sensível, empatia, fortalecido pelo vínculo criado entre terapeuta-receptor, integrando os sistemas físico, psicológico e social<sup>(7)</sup>.

O Reiki é uma prática oriental, por meio da qual, o terapeuta utiliza a imposição de mãos, e serve como canal da energia universal, com intuito de reequilibrar os Chacras do receptor. Quando utilizado no cuidado/tratamento da saúde mental é apontado como principal contribuinte para melhora do alto nível de estresse e forte propulsor para o desencadeamento de sentimentos positivos<sup>(8)</sup>. Dentre os inúmeros benefícios, pode-se elencar, o relaxamento, redução do estresse, assim como, da

ansiedade, alívio da dor, além de promover o autocuidado, por meio do qual a pessoa assistida tem consciência da sua própria responsabilidade, dentro do processo de tratamento/cuidado e propicia reflexos positivos nas esferas físicas, mentais e espirituais do receptor<sup>(8)</sup>.

Fortalecendo a utilização dessa prática, na esfera bio-psico-socio-espiritual, Martha Rogers, define a integralidade do ser humano como um Campo de Energia irreduzível, indivisível e pandimensional, identificado pelo padrão, sem que possa ser reduzido a sistemas, órgãos e células, interagindo com infinitas dimensões que compõem o universo<sup>(9)</sup>. Optou-se por utilizar a Teoria de Enfermagem Ciência do Ser Humano Unitário de Martha Rogers nesse estudo, pois entende-se que seus conceitos e pressupostos vem ao encontro do Reiki<sup>(10)</sup>. A Teoria possibilita compreender melhor que as trocas energéticas são inevitáveis na relação terapêutica, sendo este elo determinante para o resultado do tratamento<sup>(11)</sup>.

O cuidado de enfermagem, a partir da perspectiva Rogeriana, surge como um processo dinâmico de interação e transformações mútuas, constituindo-se em um desafio para o enfermeiro<sup>(10)</sup>. Este exige que o profissional deixe de ser “autoridade” para tornar-se um aliado terapêutico no cuidado. Para tanto, deve compartilhar conhecimentos e habilidades com aqueles que cuida e/ou com pessoas do seu campo ambiental, capacitando-os a exercitarem sua autonomia no processo terapêutico<sup>(10)</sup>. Considerando a integralidade do cuidado prestado, o enfermeiro pode utilizar técnicas que mobilizem os mecanismos do autocuidado, agregados ao tratamento dos indivíduos, tais como: a imposição das mãos, musicoterapia, cromoterapia, dentre outros<sup>(12)</sup>.

Em função da relevância do Reiki para o cuidado direcionado às pessoas com depressão, emergiu a seguinte questão de pesquisa: qual a influência da aplicação do Reiki como intervenção de cuidado de enfermagem às pessoas diagnosticadas com depressão? O presente trabalho teve como objetivo: compreender a aplicação do Reiki como intervenção de cuidado de enfermagem às pessoas diagnosticadas com depressão.

## **Material e métodos**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de cunho exploratório-descritivo. Participaram do estudo 10 usuários diagnosticados com depressão, em atendimento, no Ambulatório de Saúde Mental (ASM) localizado na região do Sul do Brasil. Os critérios de inclusão foram: estar recebendo atendimento no ASM no momento da coleta dos dados e serem alfabetizados. O de exclusão foi: pessoas que devido ao grau de comprometimento da patologia não conseguissem se comunicar de forma verbal e não-verbal.

A coleta de dados ocorreu todas as quintas e sextas-feiras à tarde, nos meses de junho e julho de 2018, considerando inicialmente a delimitação dos participantes, seguidos pelo convite e apresentação da proposta, por meio da abordagem individual, mediante a indicação dos profissionais que atuam no ASM. Além disso, foi oferecido material explicativo a respeito do Reiki, bem como, a disponibilidade para elucidar quaisquer dúvidas relacionadas à pesquisa.

Após a seleção dos participantes, foram agendadas as aplicações do Reiki, as quais totalizaram cinco sessões, que é a média recomendada pelos estudos com referência à essa prática<sup>(12-13)</sup>. As sessões ocorreram em uma sala apropriada para a aplicação do Reiki, sendo previamente preparada com música relaxante, difusor de

aromas elétrico e, também um aquecedor de ambiente, a fim de proporcionar um local tranquilo, relaxante e confortável.

Cada sessão levou em torno de 20 minutos, seguindo as posições da prática, conforme descrito na literatura acerca do Reiki<sup>(7)</sup>. Nas quatro primeiras sessões, logo depois da aplicação do Reiki, foi solicitado que os participantes escrevessem de forma espontânea as percepções que vivenciaram durante o processo de aplicação da terapia e, ao longo de cada sessão de Reiki recebida. Para tanto, foi oferecida uma caneta e uma ficha avaliativa que contemplou aspectos subjetivos, elaborada pela pesquisadora contendo: nome, idade, data/hora, número da sessão. As descrições realizadas pelos participantes possibilitaram que os memos narrassem seus sentimentos relativos ao Reiki, antes e após sua aplicação.

Os dados foram analisados conforme a Análise Temática de Conteúdo<sup>(14)</sup>, operacionalizada a partir de três etapas, por meio da qual se realizou a leitura minuciosa das fichas avaliativas (descrições dos participantes) e das anotações realizadas no diário de campo (observações da terapeuta-enfermeira), posteriormente, os dados foram agrupados por semelhanças<sup>(14)</sup>. O diário de campo funciona como um acervo, através do qual emergem impressões e notas sobre diferenças entre as falas e os comportamentos, permitindo visualizar resultados mais aprofundados da pesquisa<sup>(14)</sup>.

Os aspectos éticos foram respeitados de acordo com os princípios preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme a Resolução 466/2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG) por meio do parecer N° 64/2018 e pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), sob o termo número 005/2018. Os participantes foram identificados pela letra “P”, seguido de um número arábico, em ordem crescente, correspondente aos atendimentos, assim como, a letra T foi utilizada para identificar a terapeuta.

## **Resultados**

### **Caracterização dos Participantes**

Dentre os 10 participantes da pesquisa, sete eram do sexo feminino e três do sexo masculino, com faixa etária entre 18 a 58 anos. Em relação à etnia, oito declararam-se brancos e dois negros; quanto ao estado civil, oito eram solteiros, um viúvo e um casado. Quando questionados sobre a utilização de medicação, oito relataram fazer uso de antidepressivos e ansiolíticos, sendo que, quatro também faziam uso de estabilizador do humor. Dois relataram não estar utilizando nenhum tipo de medicação, pois aguardavam a consulta com o psiquiatra e pararam de tomá-la espontaneamente, anterior a busca de atendimento no dispositivo de saúde mental.

Em relação ao uso do tabaco, três dos participantes eram fumantes ativos, usando em média, 20 cigarros por dia. Quanto à utilização de bebidas alcoólicas, os 10 relataram não fazer uso. No que se refere à realização de atividade física, os 10 relataram não fazerem.

Referentes às atividades de lazer, dois disseram que assistiam filmes e dois que olhavam novelas, os outros seis relataram não realizarem este tipo de atividade. Quanto a renda, oito descreveram receber entre um e dois salários mínimos e dois estavam desempregados. Em relação aos filhos, sete relataram ter um filho e, três, nenhum filho. Um relatou morar com o filho (uma criança com menos de dois anos), outro com o companheiro e um sozinho. Os demais moram com outros familiares.

Emergiram duas categorias da análise dos dados: descrições do cuidado de enfermagem pelos participantes, relacionado ao recebimento do Reiki e, observações na comunicação verbal e não verbal a partir da percepção da terapeuta, as quais se encontram descritas a seguir.

## **Descrições do cuidado de enfermagem pelos participantes, ao longo das sessões de Reiki**

### **Primeira sessão de Reiki**

Os participantes relataram certo nervosismo e receio, além da ansiedade e emoções negativas que foram sendo substituídas por leveza e alívio no decorrer do atendimento, representadas nas falas a seguir:

*Eu chego bem agitada da rua e durante a sessão vou me tranquilizando, sentindo um grande alívio, menos tensão, me sinto mais acolhida e cuidada (P3).*

*No início, eu estava meio desconfiada, depois o Reiki foi muito relaxante, me sinto mais leve depois que comecei a receber esse cuidado da tua parte (P5).*

*Estava me sentindo meio ansiosa antes do início da sessão de Reiki, deve ser porque eu nunca tinha ouvido falar nisso antes. [...] logo depois, senti uma enorme paz, acredito que tenha sido pelo jeito que tu me acolheste e cuidaste (P10).*

### **Demais sessões de Reiki**

Foram relatadas questões acerca do acolhimento e do cuidado, o que propiciou o aumento do ânimo para realizarem atividades cotidianas, que anteriormente não conseguiam fazer, devido a sintomatologia da depressão, as quais encontram-se evidenciadas nas falas a seguir:

*Hoje, eu tive um misto de ansiedade e ânimo ao mesmo tempo, a ansiedade deve ser relacionada às inúmeras coisas que quero realizar, parece que despertei para a vida [...] tua terapia aqui foi um diferencial para mim, porque desde o início eu consegui me abrir contigo (P1).*

*Eu já tinha recebido o Reiki antes, mas já tinha esquecido como era tão prazeroso receber esta terapia [...] no decorrer das sessões me senti muito mais animada, cuidada e acolhida aqui no ambulatório por ti (P4).*

*Depois do Reiki eu senti uma paz enorme e também tive a uma sensação de acolhimento com esse teu cuidado, como não sentia há muito tempo (P7).*

*Quero agradecer pelo teu cuidado e jeito, geralmente as pessoas não me tratam assim, consegui conversar sem ter a sensação de julgamento (P8).*

Os discursos se voltaram para as mudanças nas questões da racionalização dos pensamentos, autoconfiança, autoestima, otimismo, incluindo também, a gratidão pelo cuidado e carinho, os quais parecem explícitos nos relatos abaixo:

*Agora eu estou conseguindo pensar com maior clareza e tranquilidade, antes era mais ansioso e impulsivo [...] muito obrigado pelo teu cuidado (P2).*

*Estou bem melhor agora, mais animada depois de receber o Reiki e muito grata a ti por esse cuidado e carinho (P6).*

*Estou meio triste porque esta é a última vez que eu vou receber aqui de ti esse cuidado, mas te prometo, vou tentar não “deixar mais a peteca cair” (P9).*

### **Observações da terapeuta relativas as mudanças que ocorreram nos participantes durante as sessões de Reiki**

De acordo com as observações da terapeuta, o Reiki como cuidado de enfermagem, mostrou mudanças positivas ao longo das sessões, as quais foram registradas no diário de campo, após o término de cada encontro e, anterior ao próximo atendimento, para que não se perdessem detalhes importantes da comunicação expressa pelos participantes. As mesmas encontram-se descritas abaixo, de acordo com a evolução das aplicações do Reiki:

#### **Modo de agir na primeira sessão de Reiki**

Inicialmente P1 apresentou postura de desconfiança no decorrer de toda sessão. (T)

Na primeira sessão, P2 manifestou intensa ansiedade e agitação. (T)

Inicialmente, P4 apresentava apatia, expressão facial triste, não olhava nos olhos da terapeuta, mantinha a cabeça baixa ao falar e uma postura bastante desanimada. (T)

No início, P6 apresentou-se com baixa autoestima, tanto que não encarava os olhos da terapeuta. (T)

Inicialmente, P10 apresentou-se bem receosa e ansiosa. (T)

#### **Modo de agir a partir da segunda e demais sessões de Reiki**

P1 na segunda sessão já manifestou uma postura diferente, maior receptividade em receber o Reiki. Na quarta sessão, foi nítida e visível a demonstração do aumento na autoestima e motivação, evidenciado pela narrativa acerca dos planos em relação ao futuro, como querer retomar os estudos e trabalhar logo. Mostrou-se alegre, muito animado e motivado. (T)

A partir da segunda sessão do Reiki foi possível observar em P2 a significativa diminuição da ansiedade e agitação, por meio de gestos mais tranquilos e de uma fala mais calma e pausada. (T)

Após a terceira sessão, já na chegada, P4 mostrou nítida mudança na postura, evidenciada pela motivação ao falar, mantendo a cabeça erguida e conversou sobre os seus projetos de vida com alegria e ânimo. (T)

A partir da segunda sessão do Reiki, P6 começou a dar sinais de aumento na motivação e autoconfiança, evidenciada pela fala em retomar as atividades que lhe davam prazer, antes da patologia. (T)

Já, na segunda sessão, P10 demonstrava tranquilidade e ânimo aumentados. Foi observada intensa mudança na postura de P10 evidenciada pela expressão facial e corporal e, também pela comunicação verbal, quando relatou que antes do recebimento do Reiki nutria uma grande mágoa em relação ao irmão, tal sentimento foi sendo alterado, provavelmente, pela nítida manifestação da vontade de mudar a maneira de manejar seus impulsos, mostrando-se motivada a ser uma pessoa mais flexível e tolerante. (T)

## Discussão

Em relação ao cuidado de enfermagem referido pelos participantes, é necessário e fundamental que o profissional enfermeiro se aproprie cada vez mais do conhecimento técnico-científico para cuidar com qualidade e criatividade, ou seja, indo ao encontro das necessidades do outro. Este deve empoderar às pessoas de forma que possam superar a patologia e voltar a realizarem as atividades que faziam anterior ao adoecimento, bem como tenham a capacidade de criar projetos de vida que promovam sua qualidade de vida, a fim de que a possível recidiva se torne algo cada vez mais distante.

Nesse sentido, cuidar considerando a individualidade de cada ser humano, requer do profissional enfermeiro, a busca do autoconhecimento e da autotransformação. Exige ainda, outros elementos essenciais em sua formação, como a capacidade de comunicar-se terapêuticamente e efetivamente, de conseguir elaborar o pensamento racional e intuitivo ao mesmo tempo, a fim de contemplar as necessidades do outro. Tendo como objetivo essencial do cuidado uma atuação bem-sucedida deverá ser tecnicamente eficiente e dispor de habilidades para estabelecer um bom relacionamento interpessoal, através do uso das técnicas de comunicação terapêutica, do acolhimento e da escuta sensível. Entretanto, tais habilidades são parte integrante do cuidado, uma vez que o respeito e o interesse sinceros pelas pessoas são requisitos fundamentais nesse processo<sup>(15)</sup>.

No tocante, a fase inicial das sessões do Reiki, os participantes relataram certo receio, nervosismo e aumento da ansiedade, emoções que foram sendo substituídas por leveza, tranquilidade e alívio ao longo das demais sessões. Possivelmente, tais sensações ocorreram devido ao pouco conhecimento acerca da ação da Terapia Reiki como prática energética terapêutica, uma vez que a existência dessa energia sutil, na qual o Reiki atua, ainda não tenha sido bem esclarecida sua forma de atuação, fora do meio acadêmico e científico, não sendo considerada como uma terapia, pela maioria das pessoas e pelo senso comum e, muitas vezes, ainda estando relacionada a religiosidade ou como algo incompreensível.

Evidências científicas sobre essa energia sutil, poderiam sustentar uma teoria vitalista, presente em diversas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), dentre elas o Reiki<sup>(16)</sup> porém, sua ausência ainda provoca insegurança e ceticismo por parte daqueles que tentam compreender o possível mecanismo de ação do Reiki e, com isso, desfocam de seus efeitos e benefícios, já que para estes últimos temos um expressivo número de estudos com resultados positivos apresentados por vários autores <sup>(7-8, 12-13, 17-18)</sup>.

Concorda-se que, o conhecimento insuficiente sobre o assunto pode levar a concepções errôneas sobre o tema, prejuízos na sua aplicabilidade e a desvalorização das PICS. Tal dificuldade pode ser superada com atendimento ao que é preconizado pela PNPIC que prevê a qualificação para os profissionais atuantes no SUS por meio da educação permanente, sendo esta de responsabilidade da gestão federal e estadual<sup>(19)</sup>.

Corroborando com as falas dos participantes, no que diz respeito a ação imediata do recebimento de Reiki, estudo em Centro Médico Acadêmico Rural dos Estados Unidos, no qual foi examinado o alívio imediato dos diferentes tipos de sintomas, após um único atendimento de Reiki ou massagem em 1327 pacientes hospitalizados, mostrou em seus resultados, eficácia em ambas as técnicas, proporcionando melhoras similares na dor, náusea, fadiga, ansiedade, depressão e

bem-estar geral. Porém, o Reiki apresentou resultados mais significativos no que se refere à melhora da ansiedade e fadiga, do que a massagem terapêutica<sup>(20)</sup>.

Os participantes do presente estudo relataram sentirem-se mais acolhidos e cuidados depois do recebimento do Reiki, tal afirmativa ocorreu provavelmente devido ao fato do fortalecimento do vínculo entre terapeuta-paciente, como parte fundamental do cuidado, tanto na saúde mental quanto no Reiki. Esse processo criativo, evolutivo e contínuo, reflete a conscientização, ou seja, o processo de interação das forças mentais do campo individual na crescente dinamização, complexificação e conscientização do ser.

Confirmando os resultados supracitados, uma pesquisa descreve a experiência vinculada ao Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, na qual uma das estratégias foi utilizar o Reiki como parte do acolhimento, a qual demonstrou que as pessoas se sentiram melhor acolhidas, inclusas e cuidadas, além de trazer novas possibilidades de grupalidade e de sociabilidade pautadas por uma ética baseada no cuidado<sup>(21)</sup>.

Estudo evidencia que as PICS, dentre elas, o Reiki, são responsáveis por várias respostas positivas no organismo, contribuindo para a redução dos sintomas de transtornos mentais comuns, como depressão e ansiedade, associados a sentimentos negativos, bem como o aumento das reações de relaxamento e prazer; aumento da interação entre paciente e profissional, tanto na criação de vínculos, de empatia, quanto no auxílio do equilíbrio físico-emocional, no enfrentamento das adversidades do cotidiano, melhora na qualidade do humor e estímulo para as atividades laborais<sup>(22)</sup>.

Conforme modelo Rogeriano<sup>(15)</sup>, as mudanças positivas ocorrem devido à interação tanto no campo da energia humana, quanto no ambiental, que ao trocarem energia, provocam alterações em ambos. Considera-se esta mudança mútua de energia entre ambiente/ser humano como sendo de crescimento, configurando-se em um processo evolutivo, criativo e contínuo<sup>(9)</sup>.

Os participantes referiram mudanças positivas em sua vida, como a organização dos pensamentos, aumento da autoestima, autoconfiança, otimismo e gratidão por esse cuidado. Ao considerar o Reiki como uma terapia e cuidado de enfermagem, propicia-se a humanização deste, uma vez que esta é essencial nos transtornos depressivos, pois é uma patologia cujas pessoas acometidas por ela ainda sofrem um forte estigma social, por isso é importante que o enfermeiro busque intervenções pautadas na humanização, inclusão social, integralidade, priorizando uma melhor qualidade no cuidado prestado.

Um dos pressupostos do Reiki define que o terapeuta é um canal para o receptor, trabalhando em diferentes níveis e equilibrando harmoniosamente os aspectos biopsicossociais do ser humano, de acordo com suas necessidades. Libera bloqueios emocionais, promove o autocuidado, adaptando-se às necessidades naturais do receptor, amplia a consciência pessoal, proporciona relaxamento e reduz o estresse, estimula a criatividade, potencializa a energia vital, aprimora a intuição, trata os sintomas e as causas das patologias, fortalece o sistema imunológico e alivia a dor<sup>(18)</sup>.

Os estudos que abarcam as observações e percepções do terapeuta no que se refere às mudanças de pensamento e atitudes do receptor da energia, são igualmente importantes para a enfermagem, a fim de que novos terapeutas possam ter respaldo, no sentido de ser uma referência para outros trabalhos nessa área. Optou-se por abordar tal questão no presente estudo, a partir das anotações realizadas no diário de campo, pois a terapeuta atua na prática do Reiki desde 2015, com a formação de nível 3A e, também, na prática do Toque Terapêutico desde 2013, por isso sentiu-se

habilitada e capaz de descrever as mudanças observadas e percebidas nos receptores do Reiki, ao longo das sessões, manifestadas por meio da comunicação verbal e não verbal.

Foi nitidamente observável e perceptível as mudanças tanto na comunicação verbal, quanto na não verbal, expressadas na postura, falas, gestos, olhar e humor. Acredita-se que tais mudanças ocorreram devido ao reequilíbrio da sua energia de modo geral, a partir da aplicação do Reiki, no qual há a manipulação consciente da energia pelo terapeuta, esta não se encontra limitada ao espaço-tempo, tampouco é bloqueada pela matéria, podendo ser influenciada pela intencionalidade da terapeuta, desfazendo bloqueios, padrões irregulares e déficits energéticos, reequilibrando-os<sup>(8)</sup>.

Os resultados que emergiram a partir das observações e percepções da terapeuta evidenciam o fortalecimento e a importância do Reiki como intervenção complementar na depressão, pois parece potencializar o tratamento tradicional e promover a expansão de consciência de modo mais rápido, o que faz com que as mudanças de pensamentos e comportamentos ocorram mais rapidamente e assim promovam a busca de soluções para os problemas, por meio de projetos e caminhos que levam ao resgate e/ou promoção da qualidade de vida.

Tais achados vêm ao encontro dos princípios básicos preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), além de abranger a integralidade dos atendimentos, contribui para melhora na qualidade de vida dos pacientes, demonstrando desfechos satisfatórios quando se utiliza o Reiki em casos de ansiedade, depressão, insônia, medo, pânico e nas situações com sintomatologia dolorosa presentes<sup>(23-24)</sup>.

Estudo internacional buscou evidências dos benefícios e efetividade das terapias energéticas como o Reiki, relacionadas à saúde mental, o qual concluiu que este tipo de cuidado aumenta o nível de relaxamento, diminui a ansiedade, o estresse e melhora o humor, proporcionando o bem-estar geral tanto para os receptores, quanto para os terapeutas. Pode-se dizer que o Reiki é uma prática segura e efetiva bem como um instrumento de cuidado relevante no âmbito da saúde mental<sup>(25)</sup>.

## Conclusão

O presente estudo conseguiu contemplar o objetivo da pesquisa, uma vez que a avaliação subjetiva do Reiki, realizada pelos participantes bem como as observações descritas pela terapeuta, mostraram que esta terapia se constitui em um instrumento de cuidado que deve ser utilizado pelos enfermeiros. De forma simples e direta, os participantes verbalizaram suas angústias e temores iniciais frente a essa nova proposta de cuidado. No entanto, no decorrer das sessões, a partir do estabelecimento da relação de confiança com a terapeuta e, à medida que iam se sentindo acolhidos e percebendo melhoras em seus pensamentos, sentimentos e comportamento, os aspectos negativos foram sendo superados.

Conseguir avaliar, principalmente a comunicação não verbal por meio das observações realizadas e registradas pela terapeuta, mostra o envolvimento que o enfermeiro precisa ter com este tipo de intervenção, pois necessita de sensibilidade para captar as diversas mensagens emitidas pelo outro, bem como adentrar em seu mundo subjetivo conseguindo compreender os diversos tipos de linguagem e, com isso prestar o cuidado adequado de acordo com as necessidades de cada pessoa.

Este estudo se constituiu em um desafio para a terapeuta que até então não tinha contato direto com a saúde mental. No entanto, adentrar nessa área, foi também uma nova conquista, pois conseguiu se apropriar das principais ferramentas utilizadas pelos profissionais da saúde mental e, por meio do estabelecimento do vínculo e da

relação de confiança com os pacientes, obteve reconhecimento do trabalho realizado, pois os participantes disseram e escreveram as mudanças ocorridas em sua vida, a partir do diálogo e das fichas avaliativas.

Acredita-se que os resultados permitiram mostrar que o Reiki foi considerado um instrumento de cuidado de enfermagem relevante, pois os pacientes obtiveram melhora em seu modo de ser e agir, após as aplicações do mesmo.

## Bibliografia

1. Motta CCL, Moré CLOO, Nunes CHSS. O atendimento psicológico ao paciente com diagnóstico de depressão na Atenção Básica. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22 (3): 911-20. ULR: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0911.pdf>
2. Balanescu, P, Botezat-Antonescu, I, Dima, C, Sorel, E. Depression screening in primary care and correlations with comorbidities in Romania. *International Medical Journal.* 2016; 23(2): 128–31. ULR: <http://www.diaspora-stiintifica.ro/wp-content/uploads/2016/01/Dima-C.pdf>
3. Weightman MJ, Air TM, Baune BT. A Review of the Role of Social Cognition in Major Depressive Disorder. *Front Psychiatry.* 2014; 5:179. ULR: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263091>
4. Kupferberg A, Bicks L, Hasler G. Social functioning in major depressive disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2016; 69:313-32. ULR: [https://ac.els-cdn.com/S0149763415302487/1-s2.0-S0149763415302487-main.pdf?\\_tid=1079686c01eb4692a242c8efbcd5c6b3&acdnat=1543455378\\_7c8ece18e84bdece8281c7d1eb5c533d](https://ac.els-cdn.com/S0149763415302487/1-s2.0-S0149763415302487-main.pdf?_tid=1079686c01eb4692a242c8efbcd5c6b3&acdnat=1543455378_7c8ece18e84bdece8281c7d1eb5c533d)
5. Jalles MP, Santos VSJ, Reinaldo AMS. Análise da produção científica sobre comunicação terapêutica no campo da saúde, saúde mental e álcool e outras drogas. *Rev Med (São Paulo).* 2017; 96(4): 232-40. ULR: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/122431/136719>
6. Serqueira C. Comunicação terapêutica em saúde mental. *Rev. port. enferm. saúde mental.* 2014; 12:6-8. ULR: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n12/n12a01.pdf>
7. Magalhães J. O grande livro do Reiki: Manual prático e atualizado sobre a arte da cura - níveis 1,2 e 3. 3ª ed., Nascente, Amadora, 2016.
8. De' Carli J. Reiki - Amor, Saúde e Transformação. 7ª ed. São Paulo: Alfabeto, 2017.
9. Rogers ME. An introduction models to the theoretical basis of nursing. 1ªed. Philadelphia, F A. Davis, 1981.
10. Rogers ME. Nursing: Science of unitary, irreducible human beings: Updated. In Barrett EA, editor. *Visions of Rogers' science-based nursing.* New York: National League for Nursing, 1990.
11. Kurebayashi LFS, Gnatta JR, Borges TP, Silva MJP. Eficácia da auriculoterapia para estresse segundo experiência do terapeuta: ensaio clínico. *Acta paul. Enferm.* 2012; 25(5): 694-700. ULR: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/08.pdf>
12. Kurebayashi LFS, Turrini RNT, Souza TPB, Takiguchi RS, Kuba G, Marisa Nagumo MT. Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: randomized clinical trial. *Rev latinoam enferm.* 2016; 28(24):1-8. ULR: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5172615/>
13. Freitag VL, Dalmolin IS, Badke MR, Andrade A. Benefícios do Reiki em população idosa com dor crônica. *Texto & contexto enferm.* 2014; 23 (4): 1032-40. ULR: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt\\_0104-0707-tce-23-04-01032.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01032.pdf)

14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
15. Rogers ME. Nursing Science of unitary human beings. In: RIEHL, J.P. Conceptual models for nursing practice. Norwalk: Appleton, lance, 1989. p.181-88.
16. Nascimento MC, Nogueira MI. Concepções de natureza, paradigmas em saúde e racionalidades médicas. Fórum sociológico. 2014; série II (24): 79–87. ULR: <https://journals.openedition.org/sociologico/1084#quotation>
17. Rosenbaum MS, Velde J. The Effects of Yoga, Massage, and Reiki on Patient Well-Being at a Cancer Resource Center. Clin J Oncol Nurs. 2016; 20(3): 77-81. ULR: <https://cjon.ons.org/cjon/20/3/effects-yoga-massage-and-reiki-patient-well-being-cancer-resource-center>
18. The Center for Reiki Research. Centro de Pesquisas em Reiki, 2018. ULR: <<http://www.centerforreikiresearch.org>>. Acesso em 04 out. 2018.
19. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
20. Johnson JR, Crespin DJ, Griffin KH, Finch MD, Dusek JA. Effects of integrative medicine on pain and anxiety among oncology inpatients. J Natl Cancer Inst Monogr. 2014; 50: 330–7. ULR: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25749600>
21. Godoy MGC, Viana APF, Vasconcelos KAG, Bonvini O. O Compartilhamento do Cuidado em Saúde Mental: uma experiência de cogestão de um centro de atenção psicossocial em Fortaleza, CE, apoiada em abordagens psicossociais. Saúde Soc. 2012; 21 (supl.1): 152-63. ULR: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/13.pdf>
22. Souza e Souza LP, Teixeira FL, Diniz AP, Souza AG, Delgado LHV, Vaz AM, et al. Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado à Saúde Mental e aos Usuários de Drogas. Id on Line Rev. Mult. Psic. 2017; 11(38): 177-98. ULR: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/775/1259>
23. Freitag VL, Andrade A, Badke MR. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. Enferm glob. 2015; 38: 345-56. ULR: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/pt\\_revision5.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/pt_revision5.pdf)
24. Spezzia S, Spezzia S. O uso do Reiki na assistência à saúde e no sistema único de saúde. R. Saúde Públ. 2018; 1(1): 108-15. ULR: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/49/20>
25. Mangione L, Swengros D, Anderson JG. Mental Health Wellness and Biofield Therapies: An Integrative Review. Issues Ment Health Nurs. 2017; 38(11): 930-44. ULR: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01612840.2017.1364808>

## 6.2 ARTIGO 2

### REIKI COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO EM PESSOAS COM DEPRESSÃO<sup>1</sup>

Silvana Possani Medeiros<sup>3</sup>

Adriane Maria Netto de Oliveira<sup>4</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** conhecer as percepções das pessoas diagnosticadas com depressão acerca do recebimento de Reiki associado ao tratamento tradicional. **Método:** Pesquisa qualitativa realizada com 10 pessoas diagnosticadas com depressão de um Ambulatório de Saúde Mental no Sul do Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, entre os meses de junho e julho de 2018 e analisadas utilizando a análise temática de conteúdo, subsidiados com a Teoria Ciência do Ser Humano Unitário. **Resultados:** Emergiram duas categorias: percepções vivenciadas ao longo das sessões de Reiki e modificações comportamentais a partir das sessões de Reiki. **Conclusão:** Os participantes perceberam e vivenciaram inúmeros aspectos e mudanças positivas ao longo das aplicações de Reiki, o qual mostrou-se como um instrumento de cuidado que proporcionou a expansão da consciência nos mesmos, conseguindo então, ter outra percepção a respeito dos acontecimentos passados, presentes e futuros, indicando uma melhor compreensão das suas vivências e novas propostas de projetos saudáveis de vida.

**Descritores:** Depressão; Saúde Mental; Toque Terapêutico; Cuidado de Enfermagem; Enfermagem Psiquiátrica.

#### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2017, enfatizou a existência de algumas dificuldades no que diz respeito à saúde mental. Destaca, por exemplo, a falta de profissionais especializados nessa área, a estigmatização dos transtornos mentais, as dificuldades e limitações referentes ao diagnóstico clínico<sup>(1)</sup>.

---

<sup>1</sup> Artigo extraído da dissertação: Reiki como tecnologia de cuidado em enfermagem às pessoas com depressão, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) em 2018.

<sup>3</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

Diante dessas questões, a depressão emerge como um problema de saúde pública e evidencia-se pelo comprometimento das atividades cotidianas das pessoas acometidas por essa psicopatologia<sup>(2)</sup>. É apontada, ainda, como uma das dez principais causas de incapacitação no mundo, com limitações do funcionamento físico, pessoal e social<sup>(3)</sup>.

Conforme relatório global, o número de pessoas acometidas com depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015, sendo que, em 2017, existiam 322 milhões de pessoas diagnosticadas, com maior prevalência no sexo feminino. O mesmo documento refere que, no Brasil, a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas, ou seja, 5,8% da população<sup>(1)</sup>.

Essa doença caracteriza-se como um conjunto de transtornos, sendo denominados como “Transtornos do Humor” pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)<sup>(4)</sup> e “Transtornos Afetivos” pela Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)<sup>(5)</sup>. Porém, mesmo com o acesso a essas informações, a internet e os demais meios de comunicação, promover a saúde mental com êxito, ainda se constitui um desafio para os profissionais da saúde.

No que se refere à promoção da saúde mental das pessoas com depressão, esta ação é considerada bem-sucedida, mediante ações que estimulem as potencialidades de uma pessoa ou grupo de pessoas em busca do fortalecimento dos seus aspectos saudáveis. Nesse cenário, o profissional enfermeiro também pode atuar em grupos de pessoas com esta doença, na comunidade, mediante o auxílio dos profissionais capacitados na área de saúde mental e, contar com o acompanhamento efetivo dos participantes, devendo ao longo do processo de intervenção monitorar a resolutividade da mesma<sup>(7-8)</sup>.

Promover a saúde mental de forma integral, através da sensibilização das pessoas acometidas pelas inúmeras psicopatologias, as quais são cada vez mais frequentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), não é tão simples, pois esta requer intervenções efetivas, capazes de melhorar a qualidade de vida dos usuários, o que nos leva a refletir sobre novas possibilidades de cuidado e intervenções que complementem o modelo biomédico, o qual envolve consultas médicas, de enfermagem, psicoterapias, o uso de psicofármacos, dentre outras ações. Por meio desta pesquisa buscou-se utilizar o Reiki como instrumento de cuidado utilizado pelo enfermeiro, a fim de viabilizar a ampliação da promoção da saúde mental, fortalecendo deste modo, o cuidado prestado.

Ao considerar o Reiki como intervenção terapêutica no contexto da saúde mental relacionado à depressão, propicia-se o fortalecimento dos preceitos de humanização no atendimento, por meio do acolhimento, da escuta qualificada atrelada a relação de confiança, a qual é fortalecida pelo vínculo terapeuta-usuário, a inclusão social e integralidade, viabilizando ações capazes de promoverem uma resposta adequada e efetiva à crescente demanda das pessoas acometidas por essa psicopatologia<sup>(8)</sup>.

O Reiki é uma prática secular, que atua no reequilíbrio global do indivíduo, principalmente por meio da estimulação do sistema endócrino-imunológico, promovendo o auto restabelecimento, conforme o estado pessoal. A energia vital desta prática age nos aspectos físicos, psicológicos e emocionais melhorando a força de vontade para a mudança de hábitos, muitas vezes, deletérios à saúde, como fumar, alimentar-se inadequadamente e manter pensamentos e comportamentos depressivos<sup>(9)</sup>.

Optou-se por utilizar como referencial teórico a Ciência do Ser Humano Unitário de Martha Rogers, o qual refere que o enfermeiro deve considerar cada ser humano como um todo integrado, único, que vive a sua própria vida, experimenta contínuas mudanças; está sujeito à unidirecionalidade da vida e do tempo que faz com que acumule experiências positivas e negativas; é um sistema aberto em constante interação e intercâmbio de energias com o meio, na saúde ou na doença. Cabe então, ao enfermeiro cuidar de modo que ocorra a interação harmoniosa nesses processos, reforçando a sensibilização e a integridade dos seres humanos, direcionar ou redirecionar o padrão de interação entre o homem e o seu ambiente, para obter o máximo de potencial de saúde<sup>(11)</sup>.

A partir desses pressupostos definiu-se a seguinte questão de pesquisa: qual a percepção das pessoas diagnosticadas com depressão acerca do recebimento de Reiki? O objetivo foi conhecer as percepções das pessoas diagnosticadas com depressão acerca do recebimento de Reiki associado ao tratamento tradicional.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de cunho exploratório-descritivo. Participaram do estudo 10 pessoas diagnosticadas com depressão, em atendimento no Ambulatório de Saúde Mental (ASM) localizado em uma região do extremo sul do Brasil. Os critérios de inclusão foram: estar recebendo atendimento no ASM no momento da coleta de dados e serem alfabetizados. De exclusão: pessoas que devido à patologia não conseguissem se comunicar de forma verbal e não verbal.

A coleta dos dados ocorreu todas as quintas e sextas-feiras nos meses de junho e julho de 2018, considerando inicialmente a delimitação dos participantes, seguidos pelo convite e apresentação da proposta, por meio de abordagem individual, mediante a indicação dos profissionais que atuam no ASM. Além disso, foi oferecido material explicativo a respeito do Reiki, bem como a pesquisadora mostrou inteira disponibilidade a fim de elucidar quaisquer dúvidas relacionadas à pesquisa e ao funcionamento do Reiki.

Após a delimitação dos participantes, estes foram agendados para as aplicações do Reiki, que totalizaram cinco encontros, corroborando a média de sessões recomendadas pelos estudos com

referência à prática do mesmo<sup>(12,13)</sup>. Estas ocorreram em uma sala apropriada, a qual possuía uma maca, foi previamente preparada antes de cada encontro, com música relaxante, difusor de aromas elétrico e, também, um aquecedor de ambiente, a fim de tornar o ambiente mais acolhedor, relaxante e confortável possível para as aplicações do Reiki.

Cada sessão levou cerca de 20 minutos, seguindo as posições da prática, conforme descrito na literatura acerca do Reiki<sup>(14)</sup>. Ao final do quinto encontro foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais, tendo em média a duração de 15 minutos, contendo perguntas abertas, em que foram possíveis caracterizar as condições socioeconômicas dos participantes, além de possibilitar aos mesmos relatarem suas percepções acerca da ação do Reiki em seu cotidiano.

Os dados foram analisados por meio da análise temática de conteúdo<sup>(15)</sup>, definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, onde o investigador tenta construir um conhecimento analisando o discurso, visando não apenas significados das palavras, mas a mensagem que está implícita. Seguindo as seguintes etapas: pré-análise, na qual foi realizado o agrupamento das falas e elaboração das unidades de registro, exploração do material, cujos dados foram codificados, agrupados por semelhanças e organizados em categorias<sup>(15)</sup>.

Os aspectos éticos foram respeitados na pesquisa, de acordo com os princípios preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde, conforme a Resolução 466/2012<sup>(16)</sup>. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG) por meio do parecer N° 64/2018 e pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), sob o parecer N° 005/2018. Os participantes foram identificados pela letra “P”, seguido de um número arábico, em ordem crescente, correspondente aos atendimentos.

## **RESULTADOS**

### **Caracterização dos Integrantes da Pesquisa**

Dentre os 10 participantes da pesquisa, sete eram do sexo feminino e três do sexo masculino, com faixa etária entre 18 a 58 anos; em relação à etnia, oito declaram-se brancos e, dois negros. Quanto ao estado civil, oito disseram ser solteiros, um viúvo e um casado. Quando questionados sobre a utilização de medicação, oito relataram fazer uso de antidepressivos e ansiolíticos, sendo que, quatro também faziam uso de estabilizantes do humor, dois relataram não estar utilizando nenhum tipo de medicação, pois aguardavam a consulta com psiquiatra e pararam de tomá-la espontaneamente, anterior a busca ao serviço de saúde.

Em relação ao uso de tabaco, três participantes declararam-se fumantes ativos, com uma média de 20 cigarros por dia. Sobre a ingestão de bebidas alcoólicas, todos relataram não fazer uso. No que

se refere à realização de alguma atividade física, todos relataram não estarem realizando nenhuma atividade do tipo no momento da coleta.

Ao serem questionados sobre as atividades de lazer, dois disseram que assistiam filmes e dois que olhavam novelas, os demais, ou seja, seis relataram não realizarem. Sobre a renda, oito descreveram receber entre um e dois salários mínimos e dois estarem desempregados. Acerca da questão de possuir filhos, sete relataram ter um filho e três nenhum. Quando questionados sobre a moradia, apenas um relatou que o filho, ainda criança, com menos de dois anos, mora com ele; os demais, um mora com o companheiro, sete com os pais ou familiares e um mora sozinho.

Após a análise dos dados, emergiram duas categorias: percepções vivenciadas ao longo das sessões de Reiki e modificações comportamentais a partir das sessões de Reiki, descritas a seguir:

### **Percepções vivenciadas ao longo das sessões de Reiki**

Nesta categoria surgiram aspectos relevantes à diminuição da ansiedade e aumento da tranquilidade relacionadas às atividades cotidianas dos participantes:

*Percebi que fiquei menos ansioso e agitado, mais relaxado. O dia a dia é tão corrido, depois do Reiki eu desacelerei e comecei a me tranquilizar um pouco [...] eu faço as coisas com mais calma agora, claro, eu continuo meio ansioso ainda, mas faço tudo mais devagar, com mais calma (P2).*

*Me senti mais tranquila, tanto em relação as atitudes como nos pensamentos, também em relação ao ânimo para realizar atividades que me deixam mais alegre [...] (P5).*

*Percebi além do calor das mãos, eu senti desde a primeira vez uma sensação de paz e tranquilidade [...] ainda a ansiedade menor (P7).*

Os participantes referiram à mudança nos pensamentos negativos, bem como, não terem mais a ideia suicida, sendo substituídos por sentimento de paz, ao longo das sessões de Reiki:

*Agora eu percebi, e prometi para mim mesmo, que eu não vou me deixar afundar em pensamentos negativos, como antes acontecia [...] me sinto em paz depois de receber o Reiki [...] (P1).*

*Senti tantas coisas boas, que nem sei como começar, teve a questão de me sentir em paz e o não pensar mais no suicídio, acho que essas duas coisas foram as mais importantes (P6).*

*Eu percebi uma paz enorme já na chegada, aqui na sala onde tu me aplicas o Reiki e mais vontade de viver depois que saía daqui [...] (P9).*

*Me sinto mais controlada agora, repensando mais as minhas coisas e também as minhas atitudes, vendo menos coisas negativas e mais as coisas positivas[...] posso dizer que hoje eu estou em paz comigo mesma (P10).*

Em relação à motivação, se sentiram mais estimulados para realizarem as atividades diárias, no período da aplicação das sessões de Reiki, demonstradas nas falas a seguir:

*Agora eu tenho vontade de realizar coisas e faço planos para melhorar financeiramente, e poder dar as coisas para o meu filho, por exemplo, comecei a fazer os salgados para vender e assim conseguir juntar dinheiro para tirar minha carteira de habilitação (P3).*

*Percebo mesmo que mudei, eu me sinto com mais vontade para fazer coisas que há tempos não fazia, como mexer no meu jardim em casa, por exemplo (P5).*

*Percebi principalmente que teve mudanças na motivação e eu recuperei o ânimo, a alegria de fazer meus artesanatos, estou bem mais motivada e confiante depois que comecei a receber o Reiki (P6).*

### **Modificações comportamentais a partir das aplicações de Reiki**

Nesta categoria, a autoanálise foi descrita como um dos aspectos relevantes, narrados nos relatos a seguir:

*Mudou a maneira de eu pensar sobre mim e esses pontos que me afetam, relacionados à depressão e a ansiedade, porque mesmo que eu soubesse antes que me afetavam, eu não sabia como trabalhar, sem ficar tão nervoso [...] mudou a minha auto percepção, pois consegui refletir mais sobre mim e como eu sou importante para mim (P1).*

*Agora, eu percebo que me ajudou a ser melhor tanto para mim quanto para os outros, porque antes eu não percebia que a raiva e a mágoa, faziam tanto mal assim na minha vida e na vida das pessoas que eu convivo (P8).*

No período de finalização das sessões de Reiki, os participantes relataram que alguns pensamentos e sentimentos foram modificados, no sentido de resignificá-los, proporcionando uma perspectiva positiva relacionada ao futuro:

*Eu percebo que consigo lidar melhor com os problemas agora, de forma mais motivada e positiva em relação ao meu futuro (P4).*

*Agora eu encaro a vida com menos amargura, mais leve e otimista [...]tenho boas expectativas para o futuro, agora com menos raiva e mais amor no coração (P8).*

*Estou mais positiva, alegre e animada. Foi muito bom ter recebido o Reiki[...] estou me sentindo renovada, me sinto um pouco mais forte hoje e capaz de reagir de forma mais positiva as adversidades (P9).*

Quanto à mudança nas percepções relacionadas a si e aos outros e, sobre o enfrentamento dos problemas cotidianos, os participantes reavaliaram suas atitudes em relação aos mesmos, a partir do recebimento do Reiki:

*Agora me sinto como se tivesse feito as pazes com a vida, mais alegre e menos negativa em relação os problemas do dia a dia. [...] eu agradeço, por tudo, pena que acabou, porque depois do Reiki, eu percebo principalmente a mudança na forma de enxergar a vida. (P5).*

*Vejo as coisas com olhar positivo agora, vejo o lado bom, se é que tu me entendes? Antes eu via mais o lado ruim de tudo [...] me sinto mais leve hoje em dia, tirei o peso da raiva, mudei no sentido de estar mais alegre na maneira de enfrentar a vida. (P8).*

*Hoje, estou menos julgadora e mais positiva, eu acho agora que a vida tem mais coisas boas do que ruins. [...]me sinto menos explosiva agora, isso tem me ajudado muito para encarar os problemas (P10).*

## **DISCUSSÃO**

Os achados desse estudo relacionados à caracterização dos participantes trazem as mulheres como a maioria sete, demonstrando o papel universal e histórico conferido às mesmas, como responsáveis pelos cuidados dos filhos e de outros membros da família, isso provavelmente determina a maior atenção para as questões de saúde e doença e, talvez, em função disso, uma maior sensibilidade relativa a detecção dos próprios problemas, conseqüentemente, procuram mais os serviços de saúde.

Relacionado a prevalência de gênero, estudo com resultados similares demonstra que o predomínio dos Transtornos Mentais Comuns são maiores no gênero feminino, de estado civil divorciado ou separado, idade entre 18 a 59 anos, ocupação do lar, com filhos, com quatro a sete anos de estudo, renda de até um salário mínimo e residindo em moradia emprestada ou doada<sup>(17)</sup>, conferindo veracidade aos desfechos dessa pesquisa.

Em relação aos homens, que são em número menor no presente estudo (três), tal resultado se assemelha aos de outro estudo, referindo-se aos aspectos sócio-históricos-culturais, os homens foram criados e educados a não manifestarem suas emoções, expressão de fraqueza ou qualquer atributo que sugira feminilidade, sendo, assim, a percepção de doença ou de que se está doente remete à fraqueza e fragilidade, aspectos típicos da feminilidade, por isso passa a ser habitual o comportamento dos homens de não valorizar sua saúde<sup>(18)</sup>.

Os participantes ao se referirem à diminuição da ansiedade, após a aplicação do Reiki, ocasionando aumento da tranquilidade, evidencia que, mesmo diante da singularidade e complexidade vivida pelos indivíduos, estes ao experienciarem situações de vulnerabilidade e fragilidade se tornam

mais receptivos as intervenções integrativas, as quais buscam contribuir de modo positivo para a transformação da sua condição de saúde<sup>(14)</sup>.

Respalhando essas mudanças acerca da ansiedade, Rogers<sup>(19)</sup> considera que o ser humano caracteriza-se pela capacidade de abstração e imaginação, linguagem e pensamento, pela sensação e emoção, portanto, um ser único, capaz de fazer a autorreflexão acerca dos seus atos, em constante processo evolutivo, tornando-se corresponsável pela sua saúde. Tal situação vem ao encontro do que os participantes referiram acerca das mudanças de comportamento a partir das aplicações do Reiki.

No que diz respeito ao alívio imediato dos sintomas de ansiedade, logo nas primeiras sessões de Reiki, estudos apresentaram resultados equivalentes, com pacientes cardiológicos e oncológicos, hospitalizados. Em relação aos pacientes cardiológicos, houve uma redução de 57% na ansiedade, já, nos pacientes oncológicos ocorreu uma diminuição de 56,1% da mesma, confirmando a eficácia da terapia no alívio sintomático imediato, em ambos grupos de pacientes<sup>(20-21)</sup>, fortalecendo os resultados encontrados neste estudo mediante a aplicação do Reiki em pacientes com depressão, pois a diminuição da ansiedade foi referida como importante mudança comportamental desde a primeiras sessões.

Os participantes relataram mudanças significativas associadas aos pensamentos negativos recorrentes e a ideiação suicida, os quais foram sendo substituídos por uma nova visão acerca de si próprios, aumento da autoestima, construção de projeto de vida e sensação de paz ao longo das sessões. Por isso, a aplicação do Reiki mostrou-se efetiva em um curto período de tempo, em relação à melhora da saúde física e mental das pessoas com depressão, pois, ao longo das sessões, começaram a dar-se conta que podiam controlar os pensamentos negativos, bem como, também, tinham a capacidade para modificá-los, mostrando certo empoderamento no autocontrole destes e que, também conseguiram manejar os sentimentos de forma positiva, principalmente aqueles que lhes geravam angústia e aumento da ansiedade<sup>(22-24, 9)</sup>.

Relativo as percepções associadas ao aumento da motivação e ao estímulo para realizarem as atividades diárias, os participantes descreveram que, a partir das sessões do Reiki, notaram a diferença no seu estado ânimo e na vontade. Entende-se que o estímulo ocorreu devido ao manejo consciente da Terapeuta, atuando diretamente sobre os Chacras do receptor, os quais são centros de energia ligados as glândulas endócrinas, distribuídas por toda a extensão do corpo físico dos seres humanos. Visto que a fisiopatologia da depressão é complexa, um dos fatores desencadeantes pode estar atrelado ao desequilíbrio hormonal, deste modo, ao realizar o reequilíbrio dos Chacras, os mesmos refletem de forma positiva nas glândulas endócrinas e, conseqüentemente, no equilíbrio hormonal, desencadeando o aumento do bem-estar geral.

Fortalecendo os efeitos positivos do Reiki, a física quântica, a partir de Albert Einstein, surge explicando alguns fenômenos atrelados a esta terapia que, anteriormente, não apresentavam um

caráter científico. As patologias de modo geral, conforme embasamento em estudo que associa a física quântica e a sua efetividade nas PICS, refere que a ação do Reiki é percebida no corpo físico, de maneira palpável e material, resultante da consciência do receptor da terapia, incluindo a saúde, a doença e a recuperação, podendo ser modificada positivamente. Deste modo, através do entendimento de que os seres humanos são campos de energia, é possível afirmar que, sempre quando o Campo de Energia Humano (CEH) é afetado intencionalmente e conscientemente, todo sistema é afetado de forma positiva<sup>(25)</sup>.

Os mesmos achados foram encontrados no presente estudo, pois os receptores ao estarem conscientes e sensíveis ao recebimento do Reiki, somados a intencionalidade da Terapeuta, no que se refere ao reequilíbrio dos Chacras dos receptores, mostraram mudanças e efeitos positivos demonstrados ao longo das aplicações do Reiki, explicitados pelas falas dos receptores quando disseram que estavam se sentindo bem, com ânimo para realizarem atividades, anteriormente consideradas muito difíceis e ao reavaliarem seu comportamento que passou a ser voltado para os aspectos positivos e saudáveis da vida.

Sobre as questões que surgiram no final das sessões do Reiki, os participantes perceberam a necessidade da autorreflexão/autoanálise como sendo um ponto importante, bem como, o quanto os sintomas depressivos comprometiam seu cotidiano de forma negativa, desse modo modificaram a maneira de compreender e reagir diante da sintomatologia, comprovando a capacidade dinâmica do ser humano Rogeriano<sup>(11)</sup>, os quais possuem padrões de organização, onde identificam e refletem a sua totalidade inovadora, padrões estes que permitem a auto-regulamentação, a ritmicidade e a mutabilidade.

Estes critérios dão unidade ao ser humano e evidenciam sua diversidade, a qual reflete em um universo criativo, em constante movimento e mudança. Os resultados mostram que é no momento da autoanálise que os participantes identificaram vários problemas que os mantinham com os sintomas depressivos mais intensos e como poderiam modificá-los e, a partir desse processo começaram a mudar seu comportamento, no sentido de encontrar um propósito na vida e construir novas metas<sup>(19)</sup>.

Confirmando as percepções das pessoas com depressão desta pesquisa, o físico quântico Amit Goswami descreve que a inter-relação entre mente e corpo, aqui por meio da prática da imposição das mãos, só farão sentido e serão eficazes, quando se compreende que elas não são uma consequência da mente acima do corpo, mas uma transcendência da consciência acima do corpo. Ou seja, a consciência atuando causalmente e conscientemente sobre a matéria, entendida como o corpo físico<sup>(26)</sup>. Percebe-se com isso a importância da autoanálise, a fim de modificar o ser humano como um todo unificado conectado ao seu ambiente, em um processo evolutivo criativo e contínuo.

Frente à percepção e a mudança na postura, acerca do enfrentamento dos problemas cotidianos, os participantes afirmaram que houve uma melhora comportamental diante das

adversidades e no modo de reagir a elas. É pertinente ressaltar que tais modificações ocorreram a partir da aplicação do Reiki, que é um processo energético, com potencial harmonizador, atuando no ser humano de forma integral. Tais transformações, deram-se ao longo das cinco sessões de Reiki, as quais comparadas com a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), utilizada de forma isolada em pacientes com depressão, é necessário que ocorram em média 12 sessões, para haver uma resposta efetiva<sup>(27)</sup>, pode-se firmar no contexto dessa pesquisa, que o Reiki atuou como um potencializador da resposta terapêutica efetiva do tratamento convencional, oferecido pelo ASM.

Reforçando as afirmações acerca das mudanças comportamentais positivas, a partir do recebimento do Reiki, estudo evidencia que as PICS proporcionam múltiplas respostas no organismo, contribuindo para a redução dos sintomas de transtornos mentais comuns, como depressão, ansiedade, associados a sentimentos negativos, bem como, o aumento das reações de relaxamento e prazer, a partir também, da criação do vínculo de empatia, auxiliando no equilíbrio físico e emocional, conseqüentemente, ajudando no enfrentamento das adversidades do cotidiano, equilíbrio do humor e estímulo para realizar as atividades diárias<sup>(28)</sup>.

## CONCLUSÃO

O objetivo do estudo foi alcançado uma vez que as pessoas com depressão conseguiram perceber com clareza, as modificações em seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, a medida que as sessões de Reiki foram sendo realizadas. Inicialmente mostraram-se temerosos e inseguros frente à nova proposta de cuidado, mas, após a criação de vínculo e estabelecimento da relação de confiança com a terapeuta, tais sentimentos foram substituídos por tranquilidade, paz e confiança.

Quando os aspectos positivos começaram a emergir, os participantes ficaram mais relaxados e, com isso, permitiram que a Energia Reiki fosse assumindo seu potencial de atuação para proporcionar o equilíbrio da mente e do corpo. É um instrumento de cuidado que proporcionou a expansão da consciência nos participantes, levando-os a autoanálise e reflexão mais aprofundada da vida, conseguindo então, ter outra percepção a respeito dos acontecimentos passados, presentes e futuros, indicando compreensão melhor de suas vivências e novas propostas de projetos saudáveis de vida, saindo do aprisionamento dos sintomas depressivos para a liberdade de ser e viver.

Aponta-se como facilidades da pesquisa, a colaboração da equipe do ASM e a aceitação dos participantes em se proporem a uma proposta inovadora de cuidado. E, como limitações, as respostas breves das pessoas com depressão, possivelmente em função das características da patologia, bem como a dificuldade de fazer com que a maioria dos indivíduos compreenda o que é o Reiki, sua forma

de atuação e que não está relacionado a crenças religiosas, ou seja, desmistificar os conceitos pré-concebidos a esta prática.

Enfim, considera-se que a experiência de ter associado o Reiki ao tratamento convencional da depressão mostrou sua relevância como instrumento de cuidado, também na saúde mental e a possibilidade dos profissionais que atuam nesta área pensarem acerca da inserção desta prática, assim como de outras, juntamente com o tratamento tradicional, a fim de potencializar as intervenções realizadas e poder atender uma maior demanda daqueles que buscam atendimento no ASM.

## REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates [Internet]. 2017 [cited 2018 nov 12]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER2017.2eng.pdf;jsessionid=3431EEFBAB87C2B60ADB8FE493714DB2?sequence=1>
2. Daré PK, Caponi S. Cuidado ao indivíduo com depressão na atenção primária em saúde. ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade [Internet]. 2017 [citado 2018 jul. 18]; 7(1):12-24. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1858/1419>
3. Noronha Júnior MAG. Depressão em estudantes de medicina. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2015 [citado 2018 ago. 12];25(4):562-7. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1872>
4. DSM-5. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: Porto Alegre: Artmed; 2014.
5. Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalence of self-reported depression in Brazil: 2013 National Health Survey results. Rev. bras. epidemiol [Internet]. 2015 [cited 2018 nov 22]; 18(2):170-80. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2015000600170&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2015000600170&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
6. Costa TS, Medeiros RCM, Sousa MNA, Uchida RR, Miranda FAN. Intensidade e sintomas depressivos em usuários da estratégia saúde da família. Interfaces cient. saúde amb [Internet]. 2017 [citado 2018 out. 23];5(3):47-56. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/view/3521/pdf>
7. Tavares C, Gama L, Tavares SM, Paiva L, Silveira P, Mattos M. Competências específicas do enfermeiro de saúde mental enfatizadas no ensino de graduação em enfermagem. Rev. port. enferm. saúde mental [Internet]. 2016 [citado 2018 nov. 12];4(Esp.):25-33. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602016000400004](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000400004)

8. Carvalho JLS, Nóbrega MPSS. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. Rev. gaúch. enferm [Internet]. 2017 [citado 2018 nov. 11];38(4):1-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e2017-0014.pdf>
9. Baldwin AL, Vitale A, Brownell E, Kryak E, Rand W. Effects of Reiki on Pain, Anxiety, and Blood Pressure in Patients Undergoing Knee Replacement: A Pilot Study. *Holist nurs.pract* [Internet]. 2017 [cited 2018 nov 12];31(2):80-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28181973>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC [Internet]. Brasília; 2018 [cited 2018 nov 12]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html)
11. Rogers ME. An introduction models to the theoretical basis of nursing. 1st ed. Philadelphia, F A. Davis; 1981.
12. Freitag VL, Dalmolin IS, Badke MR, Andrade A. Benefícios do Reiki em população idosa com dor crônica. *Texto & contexto enferm* [Internet]. 2014 [citado 2018 out. 13]; 23(4):1032-40. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt\\_0104-0707-tce-23-04-01032.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01032.pdf)
13. Kurebayashi LFS, Turrini RNT, Souza TPB, Takiguchi RS, Kuba G, Marisa Nagumo MT. Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: randomized clinical trial. *Rev. latinoam. enferm* [Internet]. 2016 [cited 2018 nov 12];28(24):1-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5172615/pdf/0104-1169-rlae-24-02834.pdf>
14. Magalhães J. O grande livro do Reiki: Manual prático e atualizado sobre a arte da cura - níveis 1, 2 e 3. 3ª ed., Nascente, Amadora; 2016.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Brasil. Ministério Da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 446/12, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas para Pesquisas com seres humanos. Brasília; 2012.
17. Lucchese R, Sousa K, Bonfin SP, Vera I, Santana FR. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. *Acta paul. enferm* [Internet]. 2014 [citado 2018 out. 21];27(3):200-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0200.pdf>
18. Santos EM, Figueredo GA, Mafra ALS, Reis HFT, Louzado JA, Santos GM. Saúde dos homens nas percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev. APS* [Internet]. 2017 [citado 2018 nov. 25];20(2):231-38. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/3090/1084>

19. Rogers ME. Nursing Science of unitary human beings. In: RIEHL, J.P. Conceptual models for nursing practice. Norwalk: Appleton, lance, 1989. p.181-8.
20. Johnson JR, Crespin DJ, Griffin KH, Finch MD, Rivard RL, Baechler CJ. et al. The effectiveness of integrative medicine interventions on pain and anxiety in cardiovascular inpatients: A practice-based research evaluation. BMC Complement altern. med [Internet]. 2014 [cited 2018 nov 21];14:486-95. Available from: <https://bmccomplementalternmed.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6882-14-486>
21. Hansra DM, McIntyre K, Ramdial J, Sacks S, Patrick SCS, Cutler J. et al. Evaluation of How Integrative Oncology Services Are Valued between Hematology/Oncology Patients and Hematologists/Oncologists at a Tertiary Care Center. Evid-bas. comp. alt. med [Internet]. 2018 [cited 2018 nov 21]; 18:1-10. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ecam/2018/8081018/>
22. Ferraz GAR, Rodrigues MRK, Lima SAM, Lima MAF, Maia GL, Pilan Neto CA et al. Is reiki or prayer effective in relieving pain during hospitalization for cesarean? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. São Paulo med. j [Internet]. 2017 [cited 2018 nov 22];135(2):123-32. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v135n2/1806-9460-spmj-1516-3180-2016-0267031116.pdf>
23. Freitag VL, Andrade A, Badke MR, Heck RM, Milbrath VM. A terapia do reiki na Estratégia de Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online) [Internet]. 2018 [citado 2018 out. 23];10(1):248-53. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5967>
24. Demir M, Can G, Kelam A. Effects of Distant Reiki On Pain, Anxiety and Fatigue in Oncology Patients in Turkey: A Pilot Study. Asian pac. j. cancer prev[Internet]. 2015 [cited 2018 nov 12];16(12):1-4. Available from: [http://journal.waocp.org/article\\_31175\\_4410b9aee922916320996fa472723164.pdf](http://journal.waocp.org/article_31175_4410b9aee922916320996fa472723164.pdf)
25. Santos JMCG, Lopes PQ. Teoria quântica e terapia vibracional, uma nova visão a ser inserida nas práticas integrativas e complementares: uma revisão da literatura. Rev. saud quant [Internet]. 2016 [citado 2018 out. 11];5(5):142-76. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudequantica/article/view/620/340>
26. Goswami A. O médico quântico: orientações de um físico para a saúde e a cura. 1ª ed. São Paulo: Cultriz; 2006.
27. Hedayati SS, Daniel DM, Cohen S, Comstock B, Cukor D, Diaz-Linhart Y et al. Rationale and design of A Trial of Sertraline vs. Cognitive Behavioral Therapy for End-stage Renal Disease Patients with Depression (ASCEND). Contemp. clin. trials [Internet]. 2016 [cited 2018 nov

11];47:1-11. Available from: [https://www.contemporaryclinicaltrials.com/article/S1551-7144\(15\)30131-2/fulltext](https://www.contemporaryclinicaltrials.com/article/S1551-7144(15)30131-2/fulltext)

28. Souza e Souza LP, Teixeira FL, Diniz AP, Souza AG, Delgado LHV, Vaz AM. et al. Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado à Saúde Mental e aos Usuários de Drogas. Id on Line Rev. mult. psic [Internet]. 2017 [citado 2018 out. 12];11(38):177-98. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/775/1259><https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/775/1259>

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que os objetivos propostos pelo estudo foram alcançados, pois foi possível conhecer a percepção das pessoas diagnosticadas com depressão acerca do recebimento do Reiki; bem como identificar os aspectos positivos e/ou negativos relacionados a terapia, a partir da avaliação realizada pelos participantes e analisar a utilização do Reiki como instrumento de cuidado de enfermagem, tanto na pela ótica dos participantes, quanto da terapeuta.

Ao buscar conhecer a percepção dos participantes frente ao recebimento de Reiki, identificou-se que, ao longo das sessões emergiram mudanças significativas relacionadas ao modo dos mesmos perceberem e compreenderem a doença, cujos pontos positivos foram: o recebimento do Reiki foi melhor aceito e potencializado devido a uma boa relação de confiança e vínculo estabelecidas entre a terapeuta e os pacientes. À medida que esses elos foram se fortalecendo e o Reiki agindo, os participantes começaram a aumentar a sensação de tranquilidade, paz e relaxamento já, no início das sessões. Além desses pontos positivos, percebeu-se que os participantes no decorrer das sessões, foram demonstrando certa expansão de consciência, evidenciados pela autoanálise, o que os levou a mudarem a maneira de manejar os problemas advindos da depressão e que afetavam diretamente o seu cotidiano.

A partir de então, começaram a se sentirem motivados e aumentou o ânimo para realizarem atividades simples, que anterior ao recebimento do Reiki, não conseguiam realizá-las. Tal situação foi referida de forma unânime pelos participantes. A melhora também foi demonstrada pela verbalização da construção de projetos de vida, até então não pensados pelos pacientes.

Apona-se como facilidades da pesquisa, a colaboração da equipe do ASM, pois nem sempre os serviços de saúde mental permitem novas práticas e intervenções. Também houve a ampla aceitação e adesão dos participantes a essa proposta inovadora de cuidado e desconhecida pela maioria, o que gerou inicialmente, ansiedade e receio, os quais foram sendo substituídos pela gratidão e acolhimento propiciado pelo cuidado da terapeuta, através do Reiki.

Como limitações, o estudo mostra os discursos concisos e a escrita sucinta dos participantes, provavelmente consoante as particularidades da depressão, porém, entende-se que essa ação suscitou um ganho, pois, os participantes mesmo diante das dificuldades cognitivas impostas pela doença, conseguiram se expressar tanto de modo verbal e não verbal, as quais possibilitaram a coleta de dados por meio das entrevistas e da escrita na ficha avaliativa. Já, as lentas mudanças manifestadas pelas expressões do corpo, percebidas e observadas pela

terapeuta, mostraram gestos mais seguros, entonação da voz e aumento do ânimo, as quais foram registradas em diário de campo.

A pesquisa mostrou que o Reiki pode ser considerado como um instrumento importante de cuidado às pessoas com depressão, bem como, parece ter potencializado o tratamento tradicional oferecido pelo ASM, pois desde o primeiro contato com o Reiki, foram descritas e visualizadas mudanças positivas na rotina dessas pessoas.

Acredita-se que os profissionais da saúde mental devem se voltar também, para as PICSs como instrumento de cuidado, uma vez que, associadas ao tratamento tradicional fazem com que a recuperação das pessoas seja mais rápida, sem a necessidade da utilização de tecnologias de alta complexidade; possivelmente vindo a diminuir, inclusive, a dose dos psicofármacos e demais medicamentos, o que gera menos ônus para o SUS, menor tempo de tratamento, podendo atender um maior número de pessoas, uma vez que a demanda é grande.

Enfim, o Reiki contempla os princípios doutrinários do SUS, da integralidade e da humanização, o que reforça sua importância como instrumento de cuidado a ser inserido na área da saúde mental, a fim de qualificar ainda mais o atendimento prestado pelas equipes dos dispositivos de saúde do município.

## REFERÊNCIAS

ABELHA, L. Depressão, uma questão de saúde pública. **Cad saúde colet.** v. 22, n.3, p. 223, 2014.

A. A. B. R. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE REIKI. 2017 [Internet]. Disponível em: <http://www.ab-reiki.com.br/reiki.htm#n6>. > Acesso em 17 jan. 2018.

ADRIANO, L. G. O. Métodos que definem a qualidade de vida no trabalho do Enfermeiro na Urgência e Emergência. **Rev. UNINGÁ review.** v. 30, n.2, p.30-36, 2017.

ALMEIDA, A. S.; SILVA, M. R. Os efeitos das atividades musicais como modalidade alternativa de cuidado em saúde mental. **Rev. enferm. atenção saúde.** v. 2, n. 1, p. 13-20, 2013

AMATEREIKI. Associação de Mestres e Terapeutas Reiki. 2003. [Internet]. Disponível em: <<http://ametereiki.com.br/codigo-de-etica/>. > Acesso em 19 de jan. 2018.

ARAÚJO, A. C. M.; GOUVEIA, L. B. Uma revisão sobre os princípios da teoria geral dos sistemas. **Estação científ.** n. 16, p. 1-14, 2016.

BARBOSA, G. P. et al. Reiki como pratica integrativa e complementar: uma revisão integrativa. **REAS/EJCH.** v. 8, n. 3, p. 893-897, 2016.

BASTOS, R. A. A sintomatologia do stress sob a ótica da Medicina Tradicional Chinesa. **ABCS healthsci.** v. 40, n. 2, p. 96-101, 2015.

BORGES, M. S.; SANTOS, D. S. O campo de cuidar: uma abordagem quântica e transpessoal do cuidado de enfermagem. **Cienc cuid saud.** v. 12, n. 3, 2013.

BESSA, J. H. N.; OLIVEIRA, D. C. O uso da terapia reiki nas Américas do Norte e do Sul: uma revisão. **Rev enf UERJ.** v. 21, n. esp1, p. 660-664, 2013.

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, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 446/12, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e Normas para Pesquisas com seres humanos. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p. Cadernos de Atenção Básica, n. 34.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede Humanizausus** [Internet]. 2015a. Brasília (DF): MS. HUMANIZASUS. Disponível em: <http://redehumanizausus.net/90468-projeto-terapeutico-singular/> Acesso em 18 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em**

saúde / Ministério da Saúde. 2ª ed., 4. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015 b. 68 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. 2017 [Internet]

Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>> Acesso em 10 de nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. [Internet].

Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. Brasília (DF): MS, 2018. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702\\_22\\_03\\_2018.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0702_22_03_2018.html) Acesso em 12 jul. 2018.

BRENNAN, B. A. **Mãos de luz: um guia para a cura através do campo de energia humano**. 21ª ed. São Paulo: Pensamento, 2006.

CAI, X. et al. Local potentiation of excitatory synapses by serotonin and its alteration in rodent models of depression. **Nat neurosci**. v. 16, n. 4, p. 464– 72, 2013.

CAPRA, F. **O tao da física**. 9ª ed. São Paulo: Cultrix, 1993.

CATLIN A.; TAYLOR-FORD, R. L. Investigation of standard care versus sham Reiki placebo versus actual Reiki therapy to enhance comfort and well-being in a chemotherapy infusion center. **Oncol Nurs Forum**. v. 38, n. 3, p. 212-20, 2011.

CHERNICHARO, I. M. et al. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev bras enferm**. v. 66, n. 4, p. 564-570, 2013.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1983.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-197/1997**. Estabelece e Reconhece as Terapias Alternativas como Especialidade e/ ou Qualificação do Profissional de Enfermagem. In: COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares. São Paulo, p.159-60, 2001.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN Nº 581/2018**. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen /Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concedido a enfermeiros e lista as especialidades. Publicada no DOU nº 137, de 18 de julho de 2018, pág. 119 – Seção 1. Brasília (DF): 18 de julho de 2018.

COMPTON, M. A. A rogerina view of drug abuse: implications for nursing. **Nursing Science Quartely**. v. 2, n. 98, p. 2, 1989.

- CUNEO, C. L. et al. The effect of Reiki on work-related stress of the registered nurse. **J Holist Nurs.** v. 29, n. 1, p. 33-43, 2011.
- DARÉ, P. K.; CAPONI, S. Uma análise documental das estratégias de cuidado a indivíduos com diagnóstico de depressão. **Cad bras saud ment.** v.7, n.15, p. 73-93, 2015.
- DE' CARLI, J. **Reiki** - Amor, Saúde e Transformação. 7ª ed. São Paulo: Alfabeto, 2017.
- DEMIR, M. et al. Effect of Reiki on symptom management in oncology. **Asianpac j cancer prev.** v. 14, n. 8, p. 4931-4933, 2013.
- DIAS, A.B. et al. O toque afetivo na visão do enfermeiro. **Rev bras enferm.** v. 61, n. 5, p. 603-607, 2008.
- DÍAZ-RODRÍGUEZ, 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. **Rev latinoam enferm.** v. 19, n. 5, p. 1132-1138, 2011.
- DSM-5. American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- DUAILIBI, K.; SILVA, A. S. M.; JUBARA, C. F. B. Como diagnosticar e tratar depressão. **Rev bras med.** v. 72, n. 12, p. 40-41, 2015.
- FERRAZ, G. A. R. et al. O Reiki ou a oração são efetivos no alívio da dor durante a internação da cesariana: uma revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. **São paulo med j.** v. 135, n. 2, p. 123-32, 2017.
- FERREIRA, R. **Radiestesia com Pêndulo:** em nova dimensão. 3ª ed. Porto Alegre: Evangraf, 2014.
- FERREIRA, A. M. A.; MAGALHÃES, J. C.; OLIVEIRA, R. M. J. Relato de experiência do evento científico da terapia Reiki. **Rev bras med fam comun.** v. 6, n. 7, p.72, 2012.
- FISCHBORN, A. F. et al. A Política das Práticas Integrativas e Complementares do SUS: o relato de experiência sobre a implementação em uma unidade de ensino e serviço de saúde. **Cinergis.** v. 17, n. 4, Supl.1, p. 358-363, 2016.
- FREITAG, V. L. et al. Benefícios do Reiki em população idosa com dor crônica. **Texto contexto - enferm.** v. 23, n. 4, p.1032-1040, 2014.
- FREITAG, V.L.; ANDRADE, A.; BADKE, M. R. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. **Enferm glob.** n. 38, p. 345-356, 2015.
- FREITAG, V. L. et al. A terapia do reiki na Estratégia de Saúde da Família: percepção dos enfermeiros. **Rev fund care online.** v. 10, n. 1, p. 248-253, 2018.
- GARCIA, J. M. Saúde Mental na Escola: O que os educadores devem saber. **Psico-USF.** v. 21, n. 2, p. 423-425, 2016.

- GERBER, R. **Medicina Vibracional: uma medicina para o futuro**. 9ª ed. São Paulo: Cultrix, 2007.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. [2ª reimpres. ] 6ª ed., São Paulo: Atlas, 2018
- GNATTA, J. R. et al. Aromaterapia e enfermagem: concepção histórico-teórica. **Rev esc enferm USP**. v. 50, n. 1, p. 127-133, 2016.
- GOMES, J. C. **A abordagem holística e as práticas corporais como ferramenta de aprendizagem em busca da unidade da consciência**. 2012. 297f. Especialização (Gestão em Relações Humanas). Universidade Holística, UNIPAZ, Goiás, Brasil. 2012.
- GORDON, N.; GOELMAN, G. Understanding alterations in serotonin connectivity in a rat model of depression within the monoamine-deficiency and the hippocampal-neurogenesis frameworks. **Behav brain res**. v. 296, p. 141–148, 2016.
- HAASE, J.; BROWN, E. Integrating the monoamine, neurotrophin and cytokine hypotheses of depression--a central role for the serotonin transporter? **Pharmacol ther**. v. 147, p. 1–11, 2015.
- HABERSTICK, B. C. et al. Depression, stressful life events, and the impact of variation in the serotonin transporter: findings from the national longitudinal study of adolescent to adult health (add health). **PLoS ONE**. v. 11, n. 3, p. 1-13, 2016.
- HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciênc saúde colet**. v. 21, n. 11, p. 3575-3584, 2016.
- ISCHKANIAN, P. C.; PELICIONI, M. C. F. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. **Rev bras crescimento desenvolv hum**. v. 22, n. 2, p. 233-238, 2012.
- JAHANTIQH, F. et al. Effects of Reiki Versus Physiotherapy on Relieving Lower Back Pain and Improving Activities Daily Living of Patients With Intervertebral Disc Hernia. **J Evid Based Integr Med**. v. 23, p. 1-5, 2018.
- JOYCE, J.; HERBISON, G. P. Reiki for depression and anxiety. **Cochrane database syst rev**. v. 3, n. 4, p. 1-36, 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006833.pub2/full>> Acesso em 7 jul. 2017.
- KAIRALLA, I. C. J.; SMITH, M. P. C. A Musicoterapia na medicina quântica. **In Cantare: Rev. nuc estud pesq interdisc musicot**. v. 4, p. 23-45, 2013.
- KRAMLICH, D. Complementary Health Practitioners in the Acute and Critical Care Setting: Nursing Considerations. **Crit Care Nurse**. v. 37, n. 3, p. 60-65, 2017.
- KUREBAYASHI, L. F. S. et al. Eficácia da auriculoterapia para estresse segundo experiência do terapeuta: ensaio clínico. **Acta paul enferm**. v. 25, n. 5, p. 694-700, 2012.

KUREBAYASHI, L. F. S. et al. Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: randomized clinical trial. **Rev latinoam enferm.** v. 24, n. 28, p. 1-8, 2016.

LAYAN, Z. et al. A study of depression screening in primary care settings of China. **Biol psychiatr.** v. 23, n. 2, p. 119–121, 2016.

MAGALHÃES, J. in Associação Portuguesa de Reiki. **O protocolo de aplicação de Reiki a outros.** [Internet]. 2014. Disponível em: <<https://www.joaomagalhaes.com/o-tao-do-reiki/2014/12/o-protocolo-de-aplicacao-de-reiki-a-outros/>> Acesso em 15 nov 2017.

MAGALHÃES, J. **O grande livro do Reiki:** Manual prático e atualizado sobre a arte da cura - níveis 1, 2 e 3. 3ª Ed. Amadora, PT: Nascente, 2015.

MARCUS, M. et al. Depression, a global public health concern. WHO **Department of Mental Health and Substance Abuse** [Internet]. 2012. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/who\\_paper\\_depression](http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression)> Acesso em 21 de fevereiro de 2018.

MELO, S. C. C. et al. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Rev bras enferm.** v. 66, n. 6, p. 840-846, 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIWA, M. J. Encantamento e Acolhimento no Cotidiano – um Estudo Sobre Johrei e Reiki. **Sau. & Transf. Soc.** v. 5, n. 1, p. 58-65, 2014.

MORAES, D. S. **Origem da palavra-** Site de Etimologia [Internet] 2014 Disponível em <<http://origemdapalavra.com.br/site/palavras/depressao>> Acesso em 10 jun 2017.

MORETI, G. M. et al. A arte de cuidar através do reiki. **Sínteses rev eletr.** v. 22, n. 5, p. 198, 2014.

MOTTA, P. M. R.; BARROS, N. F. A aplicação de técnicas de imposição de mãos no estresse-ansiedade: revisão sistemática da literatura. **Cad ter ocup.** v. 23, n. 2, p. 381-392, 2015.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I:** definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros [et al.]. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. Disponível em: [http://nascecme.com.br/2014/wp-content/uploads/2018/08/NANDA-I-2018\\_2020.pdf](http://nascecme.com.br/2014/wp-content/uploads/2018/08/NANDA-I-2018_2020.pdf) Acesso em 12 de mar. 2018.

NASCIMENTO, L. B. et al. Integrative and complementary therapy in nursing: therapeutic touch in intensive care unit. **Rev enferm UFPE.** v. 6, n. 1, p. 9-16, 2012.

NEVES, L.C. P.; SELLI, L.; JUNGES, R. A integralidade na terapia floral e a viabilidade de sua inserção no sistema único de saúde. **Mundo saúde.** v. 34, n. 1, p. 57-64, 2010.

NOGUEIRA, M. V. B. et al. PRO-PET saúde UFC e terapia Reiki: relato de experiência. Congresso internacional da rede unida, 11. Anais. **Rev interf - comunicação, saúde, educação**. Supl 3, 2014.

OLIVEIRA, R. M. J. **Avaliação de efeitos da prática de imposição de mãos sobre os sistemas hematológicos e imunológicos de camundongos machos**. 2013. 96f. Dissertação (Mestrado em Ciências), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Catalogación por la Biblioteca de la OMS: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. Organización Mundial de la Salud, 2013. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>> Acesso em 11 nov 2017.

ONUBR, Organização das Nações Unidas no Brasil. [Internet] 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas/>> Acesso em 05 nov 2017.

PARKER, G. et al. Out of the darkness: The impact of a mood disorder over time. **Australas psychiatry**. v. 20, n. 6, p. 487-491, 2012.

PENNAFORT, V. P. S. et al. Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. **REME rev min enferm**. n. 16, p. 289-295, 2012.

PONTY, M. M. **Fenomenologia da percepção**. [Tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura]. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

RAMOS, S.; RAMOS J. **Reiki: As raízes Japonesas - O tronco, ramos e alguns frutos**. 4ª ed. Lisboa: Dinalivro, 2011.

ROCHA-ALMEIDA, L. G.; FARO, A. Levantamento e principais achados de estudos nacionais sobre a depressão. **Rev interdisciplinar pesquisa e inovação**. v. 2, n.1, p. 1-16, 2016.

ROGERS, M. E. **An introduction models to the theoretical basis of nursing**. 1ª ed. Philadelphia, F.A. Davis, 1981.

\_\_\_\_\_. **Science of unitary human beings - a paradigm for nursing**. In: CLEMENTS, I.W.; ROBERTS, F. B. Family health. A theoretical approach to nursing care. New York: John Wiley Sons, 1983. p. 219-228.

\_\_\_\_\_. **Nursing Science of unitary human beings**. In: RIEHL, J.P. Conceptual models for nursing practice. Norwalk: Appleton, lance, 1989. p.181-188.

\_\_\_\_\_. **Nursing: Science of unitary, irreducible human beings: Updated**. In Barrett EA, editor. Visions of Rogers' science-based nursing. New York: National League for Nursing, 1990.

SANTOS, L. F.; CUNHA, Z. S. A Utilização de Práticas Complementares por Enfermeiro do Rio Grande do Sul. **Rev enferm UFSM**. v. 1, n. 3, p. 369-376, 2011.

SÁ, A. C. A ciência do ser humano unitário de Martha Rogers e sua visão sobre a criatividade na prática da Enfermagem. **Rev esc enf USP**. v. 28, n. 2, p. 171-6, 1994.

SÁ, A.C. **Toque Terapêutico: Pelo Método Krieger- Kunz**. 1ª ed. São Caetano, do Sul: Yendis, 2008.

SÁ, A.C. **O Cuidado do Emocional em Saúde**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

SEZINI, A.M.; GIL, C. S. G.C. Nutrientes e depressão. **Vita et sanitas** n. 8, p. 39-57, 2014.

SILVA, C. R.; FERNANDES, R. A. Q.; FERREIRA, K. A. S. L. Terapias alternativas e complementares na assistência à parturiente: frequência de uso e fatores associados. **Rev enferm atual**. v. 67, n. 5, p. 26-31, 2013.

SILVA, J. S. B. S. et al. Teoria: o modelo conceitual do homem de Martha E. Rogers. **Cad unisum pesqui ext**. v. 4, n. 2, p. 13-14, 2014.

SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. Medicina Tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cad saud public**. v.33, n.1, p. 1-15, 2017.

SOUZA E SOUZA et al. Práticas Integrativas e Complementares no Cuidado à Saúde Mental e aos Usuários de Drogas. **Id on Line Rev. Mult. Psic**. v.11, n. 38, p. 177-198, 2017.

SPINDOLA, T. A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões. **Rev esc enf USP**. v. 31, n. 3, p. 403-409, 1997. OMS

STOPA, S. R. et al. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev bras epidemiol**. v. 18, n. 2, p. 170-180, 2015.

STUMM, R. V. C. **O uso do Reiki no SUS em uma revisão bibliográfica**. 2012. 56f. Monografia (Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde) - Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, 2012.

TAKEDA, O. H. et al. Práticas integrativas e complementares aplicadas à saúde mental: uma prática de humanização. **Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde**. São Paulo, v. 1, n. 2, p. 235, 2014.

TELES, L. Tipos de Depressão. [Internet]. 2015. Disponível em: <<http://www.leandroteles.com.br/blog/2015/09/04/tipos-de-depressao/>> Acesso em 11 nov 2017.

USUI, M.; PETTER, F.A. **Manual de Reiki do Dr. Mikao Usui**. 6ª ed. São Paulo: Pensamento, 2014.

WALLNER, C. G. S. **Reforma Psiquiátrica: avanços e desafios**. [Internet]. 2016. Disponível em: <http://sorocabapsicologa.com.br/2016/09/18/reforma-psiquiatrica-avancos-e-desafios/>

WHO, World Health Organization. **Investing in mental health Evidence for action.** [Internet]. 2013, p. 36. Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618\\_eng.pdf?ua](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87232/1/9789241564618_eng.pdf?ua)> Acesso em 04 set 2017.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Factsheet nº 369: Depression** [Internet]. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en>> Acesso em 10 set. 2017.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Depression** [Internet]. 2016. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>> Acesso em 21 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Depression and Other Common Mental Disorders – Global Health Estimates.** [Internet]. 2017. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=3431EEFBAB87C2B60ADB8FE493714DB2?sequence=1>> Acesso em 12 nov. 2018.



## APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr (a): Eu, \_\_\_\_\_ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado (a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: “Reiki como Tecnologia de Cuidado em Enfermagem às Pessoas com Depressão”. Fui esclarecido (a) também, sobre o objetivo geral do estudo: compreender a utilização de Reiki como instrumento de cuidado de enfermagem com pessoas diagnosticadas com depressão associada ao tratamento tradicional. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem exploratória e descritiva, analisada por meio de análise temática de conteúdo, subsidiados com a Teoria Ciência do Ser Humano Unitário, de Martha E. Rogers. De acordo com sua disponibilidade e vontade de fazer parte deste estudo, você poderá ser, posteriormente selecionado para participar das sessões de Reiki em horário previamente agendado. Neste primeiro momento você preencherá um questionário com perguntas fechadas, contemplando suas características socioeconômicas. A segunda etapa da pesquisa consiste na participação de pelo menos cinco sessões de Reiki em uma sala localizada no segundo piso do Ambulatório de Saúde Mental (ASM), com previsão de ocorrer às quintas e sextas-feiras à tarde durante os meses de junho e julho. Será solicitado que você descreva seus sentimentos e percepções acerca do Reiki após cada sessão realizada, de forma espontânea numa folha em branco, a partir de uma pergunta aberta. No quinto e último encontro da sessão de Reiki será solicitado seu depoimento por meio da entrevista semiestruturada, a qual será gravada e, logo após transcrita para a análise dos dados. Diante do exposto, afirmo que obtive esclarecimentos quanto à garantia de que não haverá riscos a minha integridade física e, em caso de constrangimentos poderei procurar a professora responsável pela pesquisa para quaisquer esclarecimentos e desistência da pesquisa sem nenhum comprometimento relativo a mim e ao meu tratamento. Em caso de dano diretamente causado pelos procedimentos ou tratamento propostos neste, será disponibilizada consulta com uma psicóloga contratada para oferta de apoio emocional, embora já estejam sendo atendidos e fazendo psicoterapia com este profissional no ASM. Tenho compreensão de que essa pesquisa pode trazer benefícios para as pessoas que utilizam o ASM da Secretaria Municipal da Saúde, assim como para os profissionais de saúde, ampliando o conhecimento sobre as consequências para a saúde dos envolvidos. Estou ciente ainda, da liberdade de participar ou não da pesquisa, sem ser penalizado por isso; garantia de ter minhas dúvidas esclarecidas antes e durante o desenvolvimento desta pesquisa; segurança de ter privacidade individual e anonimato quanto a minha identidade, assegurando que os dados serão usados exclusivamente para a concretização da pesquisa; garantia de retorno dos resultados obtidos assegurando-me condições de acompanhar esse processo e, também, a garantia de que serão sustentados os preceitos Éticos e Legais conforme a Resolução 466/12 da CONEP/MS (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da responsável: \_\_\_\_\_

Local, data: \_\_\_\_\_

**Nota:** O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra com a participante da pesquisa. Pesquisadora Responsável: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Adriane M. Netto de Oliveira. Rua General Osório, s/n - 96201-040 - Rio Grande/RS – Telefone para Contato: (53) 32374605.



## APÊNDICE B: FICHA AVALIATIVA POR SESSÃO DE REIKI

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data/Hora: \_\_\_\_\_

Sessão n°: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Descreva seus sentimentos e percepções acerca da sessão de Reiki, antes e após sua realização.

## APÊNDICE C: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### Características dos Participantes

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
3. Idade: \_\_\_\_\_
4. Etnia: ( ) Branca ( ) Negra ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Outra: \_\_\_\_\_
5. Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( ) Relação Estável
6. É fumante? ( ) Não ( ) Sim – Quantidade/dia: \_\_\_\_\_
7. Ingere bebidas alcoólicas? ( ) Não ( ) Sim – Quantidade/semana: \_\_\_\_\_
8. Faz uso de medicação(ões) contínua(s)? ( ) Não ( ) Sim Qual (is)? \_\_\_\_\_
9. Pratica alguma atividade física? ( ) Não ( ) Sim – Frequência/semana: \_\_\_\_\_
10. Realiza atividade(s) de lazer? ( ) Não ( ) Sim – Qual(is)? \_\_\_\_\_
11. Qual sua renda mensal?
  - ( ) Até um salário mínimo
  - ( ) De 1 a 2 salários
  - ( ) De 2 a 3 salários
  - ( ) De 3 a 4 salários
  - ( ) De 4 a 5 salários
  - ( ) Mais de 6 salários
12. Você tem filhos? ( ) Não ( ) Sim - Quantos? \_\_\_\_\_
13. Com quem você mora atualmente? ( ) Sozinho ( ) Com seus pais ( ) Com amigos ( ) Com irmãos ( ) Com companheiro(a) ( ) Outros: \_\_\_\_\_
14. Contatos: (email/ telefone/ whatsapp): \_\_\_\_\_

### Questões Norteadoras

1. Fala-me sobre suas percepções vivenciadas durante as sessões de Reiki.
2. O Reiki influenciou na sua vida cotidiana? De que maneira?
3. Você percebeu modificações na sua vida após a realização de Reiki? Quais?
4. Relate os aspectos positivos e/ou negativos de Reiki.
5. Você gostaria de falar mais alguma coisa a respeito do Reiki? Tem sugestões?

Muito obrigada!

## APÊNDICE D: MATERIAL EXPLICATIVO SOBRE REIKI

### O QUE É O REIKI?



O Reiki é uma prática milenar, caracterizada pela imposição das mãos com o objetivo de reestabelecer o equilíbrio do corpo. Trata-se de uma das práticas mais antigas de que a humanidade tem conhecimento, sendo originado no Tibete há dezoito séculos atrás e redescoberto no século XIX por um monge japonês chamado Mikao Usui. A tradição do Reiki remonta a escritos de 2.500 anos atrás, em sânscrito, a antiga língua da Índia

É uma prática segura natural, holística, pois trata o ser humano como um todo, simples de aplicar, podendo tratar muitas enfermidades agudas e crônicas, como: sinusite, rinite, cistite, asma, fadiga crônica, artrite, ciática, insônia, depressão, promovendo bem-estar espiritual, mental e emocional. É apropriado para todas as pessoas, sem restrições é um excelente tonificante, se você está em boas condições físicas o Reiki o ajudará a permanecer assim.

Esta técnica japonesa é bastante utilizada para a redução do estresse e relaxamento, realizada por um profissional qualificado. Baseia-se na concepção de que a energia flui através de nós e pode ser usada para estimular o processo de reestabelecimento da saúde, de modo a reequilibrá-la.

Durante uma sessão de reiki, o enfermeiro-terapeuta representa um canal e conduzirá a força, a energia e a luz que existe no Reiki. Para o Reikiano o importante é partilhar todos os benefícios desta ciência de bem-estar, e contribuir para difundir os bons fluídos. O Reiki fornece ao receptor uma quantidade adequada de energia necessária para o equilíbrio da mente, do corpo e das emoções. Esta prática complementar, mantém suas raízes nas tradições orientais, buscando o equilíbrio do corpo e da mente, atuando no físico e o mental.

Nele localizam-se os chakras que são centros de energia no ser humano. A palavra significa “roda”. Estes centros recolhem energia sutil, transformando-a e fornecendo-a ao corpo. Cada um está ligado a determinado órgão e região do corpo, influenciando-o em sua função. Os hormônios produzidos pelas glândulas fluem diretamente para a corrente sanguínea, levando energia vital ao corpo. O sistema endócrino fornece energia aos chakras e ao mesmo tempo devolve as energias sutis dos mesmos ao corpo. O método opera através da inter-relação entre os chakras e as glândulas endócrinas e, desse modo, envolve os planos físico, energético e mental no processo de reestabelecimento da saúde.

### **Reiki e saúde mental**

As terapias de cura pelo toque são práticas ancestrais muito em voga nos tempos atuais, sendo o Reiki a mais conhecida. De acordo com a *International Association of Reiki Professionals* (IARP), o Reiki é uma energia sutil que usa uma força vital praticada em todos os países do mundo.

Cada vez mais clínicas e hospitais oferecem Reiki como prática complementar para diversas doenças e condições de saúde. Os que recebem tratamentos de Reiki relatam alívio dos sintomas de inúmeras patologias, incluindo as do foro mental. Pesquisas mostram que o Reiki atua principalmente no alívio do stress, da ansiedade e da depressão, bem como no alívio da dor crónica.

### **Estudos sobre Reiki**

Em âmbito Internacional, existem resultados suficientes de pesquisas que comprovam a eficácia do Reiki em diversas áreas da saúde.

O *The Center for Reiki Research* examinou alguns desses estudos segundo o processo denominado Touchstone, um método único e rigoroso de análise de estudos científicos usando Reiki, cujo objetivo é produzir um conjunto de resumos importantes derivados de um processo consistente e imparcial.

Para além destas pesquisas, vários estudos sobre Reiki demonstram os seus efeitos na saúde mental. No Reino Unido, o mestre de Reiki Joe Potter liderou uma investigação acerca da eficácia do Reiki. Na plataforma PubMed, pode encontrar-se igualmente dezenas de estudos que envolvem Reiki ou métodos de imposição pelas mãos.

### **Efeitos demonstrados do Reiki sobre o estresse, a Depressão, a Ansiedade e a Dor**

Um estudo com enfermeiras com Síndrome de Burnout (DIAZ-RODRIGUEZ et al., 2014) revelou que os tratamentos de Reiki induziram estados de relaxamento significativo através de indicadores biológicos.

Outro estudo com pacientes vítimas de Síndrome Coronária Aguda (FRIEDMAN et al., 2011) registou indicadores fisiológicos de estados de relaxamento importantes relacionados ao tratamento de Reiki. Já Shore (2004), investigou pacientes que sofriam de depressão e altos índices de estresse. Depois de seis semanas de tratamento e durante o ano que se seguiu, aqueles que receberam Reiki mostraram melhora na depressão e nos estados de estresse a curto e a longo-prazo.

Motz (1998), por sua vez, comprovou a total eliminação da típica depressão pós-operatória da cirurgia cardíaca em doentes que receberam Reiki durante a operação. Dressing e Sing (1998), descobriram que o Reiki alivia a dor em pacientes com câncer, assim como ansiedade e depressão. Nestes pacientes, o Reiki mostrou-se eficaz ao melhorar a qualidade do sono, o relaxamento e a sensação de bem-estar a curto e médio-prazo.

Em pacientes mulheres submetidas a histerectomia total, o Reiki ajudou a reduzir a dor e a ansiedade (VITALE; O'CONNOR, 1998). São vários os estudos que concernem o Reiki e os seus efeitos e verifica-se que esta prática complementar se tornou amplamente aceita em clínicas e hospitais. Só o site *The Center for Reiki Research* lista cerca de 70 instituições onde se pratica Reiki repartidas entre os Estados Unidos, o Reino Unido, o Canadá, a Bélgica e a Argentina.

### **Referências**

FREITAG, V. L.; ANDRADE, A.; BADKE, M. R. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. **Enferm glob**, Murcia, n. 38, p. 345-356, 2015.

Reiki e Saúde Mental. 2018 [Internet]. Disponível em: <<http://www.associacaoportuguesadereiki.com/reiki/reiki-em-portugal/2016/02/23/o-reiki-e-a-saude-mental-o-que-revelam-as-pesquisas/>> Acesso em 17 jan. 2018.

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE- CEPAS/FURG**



**CEPAs / FURG**  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE  
Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

**PARECER Nº 64/2018**

**CEPAS 30/2018**

**Processo:** 23116.002440/2018-37

**CAAE:** 86631618.9.0000.5324

**Título da Pesquisa:** A terapia Reiki como tecnologia de cuidado em enfermagem às pessoas com depressão de um ambulatório de saúde mental

**Pesquisador Responsável:** Adriane Maria Netto de Oliveira

**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 59/2018, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "**A terapia Reiki como tecnologia de cuidado em enfermagem às pessoas com depressão de um ambulatório de saúde mental**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2018.

**Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.**

Rio Grande, RS, 03 de maio de 2018.

  
Profª. Eli Sinnott Silva

**Coordenadora do CEPAS/FURG**

**ANEXO – B PARECER DO NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE COLETIVA (NUMESC)**



Estado do Rio Grande do Sul  
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE  
Secretaria de Município da Saúde



Parecer 005/ 2018

Rio Grande, 12 de abril de 2018.

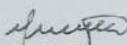
**Projeto:** A TERAPIA REIKI COMO TECNOLOGIA DE CUIDADO EM ENFERMAGEM ÀS PESSOAS COM DEPRESSÃO DE UM AMBULATÓRIO DE SAÚDE MENTAL.

**Pesquisadora:** SILVANA POSSANI MEDEIROS

**Parecer:**

Perante a análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde – NUMESC decidiu-se pelo DEFERIMENTO do projeto de pesquisa apresentado.

Salientamos a necessidade do retorno da pesquisa à população alvo e, além disso, o projeto somente será executado após o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

  
Michele Neves Meneses  
COREN-RS188.760-ENF  
Coordenadora Municipal do NUMESC

Michele Neves Meneses  
Superintendente da  
Vigilância em Saúde  
Mat.: 11421-9  
Prefeitura Municipal do Rio Grande