



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

LUCIANA RODRIGUES CORDEIRO

REIKI COMO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PESSOAS COM ANSIEDADE
NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

FORTALEZA

2016

LUCIANA RODRIGUES CORDEIRO

**REIKI COMO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PESSOAS COM ANSIEDADE
NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em saúde da família. Área de concentração: Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria Fátima Maciel Araujo.

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

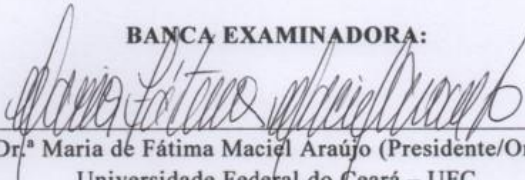
-
- C819r Cordeiro, Luciana Rodrigues.
Reiki como cuidado de enfermagem em pessoas com ansiedade no âmbito da estratégia saúde da família. / Luciana Rodrigues Cordeiro. – 2016.
149 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação; Mestrado Profissional em Saúde da família, Fortaleza, 2016.
Área de Concentração: Saúde Coletiva.
Orientação: Profa. Dra. Maria Fátima Maciel Araujo.
1. Reiki. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Ansiedade. 4. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

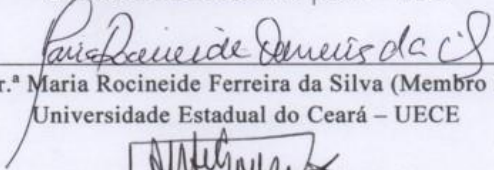
LUCIANA RODRIGUES CORDEIRO

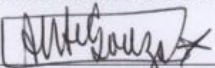
**REIKI COMO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PESSOAS COM
ANSIEDADE NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

BANCA EXAMINADORA:


Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Maciel Araújo (Presidente/Orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC


Prof.ª Dr.ª Maria Rocineide Ferreira da Silva (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará – UECE


Prof.ª Dr.ª Ângela Maria Alves de Souza (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aprovada em: 14 / 07 / 2016

Fortaleza-CE

A todos que trabalham com Práticas Integrativas e Complementares, que haja perseverança para continuar as atividades, ajudando a si mesmos e a todos que buscam equilíbrio e saúde.

AGRADECIMENTOS

Ao Altíssimo Deus do Universo, pela vida, inspiração e por esta natureza repleta de belezas que acalmam e curam.

À minha filha, Cecília Maria pela compreensão quanto à minha ausência, e pela ajuda em momentos cruciais.

Ao meu esposo Francisco Sampaio, por todo o apoio, por resolver o que estava a seu alcance, por sua paciência e compreensão enquanto estava ausente, e por sua presença constante na história da minha vida.

À minha tia Ivanete Cordeiro e minha avó Maria de Lima que me acolheram como filha, cuidando e participando da minha formação.

A meus pais que me deram a vida.

À orientadora, Prof. Dra. Maria Fátima Maciel Araújo, pela confiança nesta proposta, paciência, disponibilidade, companheirismo, simplicidade, orientação e pela possibilidade de defender esta dissertação.

Aos demais membros da banca, Profas.: Dra. Ângela Maria Alves e Souza, Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva e Dra. Ana Célia Caetano de Souza, que aceitaram o convite para avaliar este trabalho e contribuíram significativamente para o resultado do mesmo.

A todos os profissionais do meu local de trabalho, que colaboraram com a realização deste estudo, em especial as mestras de *Reiki* Nildene Saraiva Menezes e Ivanete Rodrigues Cordeiro, que gentilmente acolheram a proposta de aplicar *Reiki* durante a pesquisa.

Às mestras de *Reiki* Kelma Matos, Vera Dantas, a quem devo a base do conhecimento sobre *Reiki* repassado nas iniciações que recebi.

A todos os reikianos que iniciei do Nível I ao Nível de Mestre Professor. Em especial as três colegas do Mestrado Profissional em Saúde da Família (2014-2016), Marielle, Maria Luiza Rocha e Risolinda Rodolfo, que foram iniciadas no período do mestrado.

Ao amigo e Mestre de *Reiki* Cristiano Silva, por toda ajuda e apoio durante o Mestrado.

À Dra. Ângela Maria Alves e Souza que me orientou com seus ensinamentos durante a primeira pesquisa em *Reiki* no ano de 2013, à Dra. Mary Anne Bandeira, por acreditar nas PICs e incentivar minha caminhada, ao Dr. Francisco Vagnaldo, por sua atenção e contribuição na etapa estatística e Mohana Barbosa por todo apoio.

À turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família, aos professores e à coordenação, especialmente as Dras. Dra Neiva Francenely Cunha Vieira e Renata de Sousa Alves, por todo carinho, acolhimento e dedicação. E a Suerda Cristina Pereira da Silva, sempre entusiasmada por nosso sucesso, colaborando para que tudo desse certo dos estudos as comemorações.

A todos os participantes desta pesquisa, às funcionárias do DENF (Departamento de Enfermagem da UFC), aos amigos que estiveram a meu lado, torcendo por minha vitória e alcance de resultados.

À Universidade Federal do Ceará, ao Departamento de Enfermagem, ao Laboratório de Práticas Alternativas em Saúde (LABPAS) e à coordenação do projeto de Pesquisa e Extensão em Perda, Luto e Separação (PLUS+), pela oportunidade concedida desde a inauguração em 2011 em participar de suas atividades com a terapia *Reiki*.

As todas as situações que surgiram durante o desenvolvimento deste estudo, que impulsionam meu desejo de concluir e a velocidade da conquista.

“Nós somos criaturas mortais, os nossos pensamentos são fracos, e nossos julgamentos falham. Pois o corpo mortal é um peso para a alma; esta tenda (corpo) em que vivemos aqui na terra é uma carga para uma mente cheia de preocupações. É difícil entender o que se passa aqui na terra, e custamos a descobrir o que está bem perto de nós; como é então, que vamos compreender o que está no céu.”

Oração para obter a sabedoria -
Sabedoria de Salomão, 9;14-16

RESUMO

Este estudo teve a finalidade de analisar a contribuição do *Reiki* como proposta de cuidado de enfermagem em pessoas com ansiedade na Estratégia Saúde da Família, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará pelo parecer nº 1233393. Foi realizado em um Posto de Saúde em Fortaleza-Ceará, durante as atividades laborais da autora, que é mestre de *Reiki*. A metodologia utilizada foi quantitativa, descritiva e de intervenção, teve 56 pacientes que receberam tratamento com *Reiki*. O protocolo de coleta dos dados continha características sociodemográficas, sensações durante a aplicação de *Reiki* e informações numéricas de um aparelho de *biofeedback*, ligado por um sensor ao paciente e ao computador. Foram obtidos relatos dos participantes sobre sua percepção de ansiedade, sensações durante a intervenção e descrições sobre do cuidado com *Reiki*. Os dados foram compilados no *Microsoft Word 2007*, *Microsoft Excel 2007*, *IBM® SPSS® Statistics Base* versão 19, aplicou-se os testes T, qui-quadrado, Wilcoxon e Fisher. A maioria dos participantes 82,6% era do sexo feminino, mais da metade 60,5% eram católicas e 79,1% estavam na faixa etária de 20 a 60 anos. Estavam com ansiedade 82,6% dos participantes que descreveram sintomatologias físicas, emocionais e mentais. A intervenção com *Reiki*, como cuidado de enfermagem, junto com o ensino da técnica de respiração, promoveu: aumento do estado de coerência cardíaca, cuja média aumentou de nove (antes) para 31 (após), ou seja, o ritmo cardíaco entrou em sincronia e ressonância com o ritmo respiratório, havendo auto-regulação do SNA, com aumento do intervalo de tempo da Variabilidade da Frequência Cardíaca (VFC), proporcionando maior relaxamento e conseqüentemente respiração menos tensa e fisiológica e redução da média Frequência Cardíaca, que passou de 77bpm (antes) para 73bpm (depois); verificou-se satisfação, bem estar, relaxamento e redução dos níveis de estresse; houve influência na saúde funcional e nos estados neurocognitivos, estímulo a espiritualidade, além de melhora no autocontrole e nas relações sociais, de onde se pode concluir que o *Reiki* é uma terapia simples, porém completa para o aumento da qualidade de vida. Os resultados demonstram a importância da inserção das Práticas Integrativas e Complementares na Estratégia Saúde da Família no Brasil.

Palavras Chave: Cuidado de Enfermagem, *Reiki*, ansiedade, Práticas Integrativas e Complementares, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the contribution of Reiki as a proposal of nursing care for people with anxiety in the Family Health Strategy, which was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Ceará, protocol No. 1233393. It was held at a Health Center in Fortaleza, Ceará, during the work activities of the author, who is a Reiki master. The methodology used was quantitative, descriptive and of intervention, had 56 patients who received treatment with Reiki. The data collection protocol contained socio-demographic characteristics, feelings during application of Reiki and numerical information of a biofeedback device, connected by a sensor to the patient and the computer. Participants' reports were obtained on their perception of anxiety, feelings during the intervention and descriptions of care with Reiki. Data were compiled in Microsoft Word2007, Microsoft Excel 2007, IBM® SPSS® Statistics Base version 19, applied T test, chi-square test, Wilcoxon test and Fisher's exact test. Most participants (82.6%) were female, more than half (60.5%) were Catholic and 79.1% were aged 20-60 years. There were 82.6% with anxiety of participants who described physical, emotional and mental symptomatology. Intervention with Reiki as nursing care, along with the teaching of breathing technique, promoted: increased state of cardiac coherence, whose average increased from nine to 31, that is, the heart rate came in synchrony and resonance with the breathing rhythm, with self-regulation of SNA, with increased variability interval of Heart Rate Variability (HRV), providing greater relaxation and, therefore, less stressful breathing and physiological and lower average heart rate, which went from 77bpm to 73bpm; there was satisfaction, well-being, relaxation and reducing stress levels; influence on the functional health and neurocognitive states, stimulus to spirituality, as well as improved self-control and social relationships, from which one can conclude that Reiki is a simple therapy, but complete for increased quality of life. The results demonstrate the importance of integrating Integrative and Complementary Practices in the Family Health Strategy in Brazil.

Keywords: Nursing care, Reiki, anxiety, Integrative and Complementary Practices, Family Health Strategy.

RESUMEN

Este estudio tuvo la finalidad de analizar la contribución del Reiki como propuesta de cuidado de enfermería en personas con ansiedad en la Estrategia de Salud de la Familia, habiendo sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Ceará por el parecer nro. 123339. Fue realizado en un Puesto de Salud en Fortaleza-Ce durante las actividades laborales de la autora, que es Maestra de Reiki. La metodología utilizada fue cuantitativa, descriptiva y de intervención, teniendo 56 personas como participantes del estudio que recibieron tratamiento con Reiki. El protocolo de datos recogidos contenía características sociodemográficas, sensaciones durante la aplicación de Reiki e informaciones numéricas de un aparato de biofeedback, conectado por un sensor al paciente y a la computadora. Fueron obtenidos relatos de los participantes sobre su percepción de ansiedad, sensaciones durante la intervención de cuidado con Reiki y descripciones durante la terapia Reiki. Los datos fueron tabulados en Microsoft Word 2007, Microsoft Excel 2007 e IBM ® SPSS ® Statistics Base versión 19. Se aplicó prueba T, chi cuadrado, Wilcoxon y Fisher. La mayoría de los participantes 82,6% era del sexo femenino, más de la mitad 60,5% eran católicas y 79% estaban en el rango etario de 20 a 60 años. Estaban con ansiedad 82,6% de los participantes y al describirla citaron sintomatologías físicas, emocionales y mentales. La intervención con Reiki, como cuidado de enfermería, junto con la enseñanza de la técnica de respiración promovió: aumento del estado de coherencia cardíaca cuya media aumentó de 9 (antes) para 31 (después), o sea el ritmo cardíaco entró en sincronía y resonancia con el ritmo respiratorio, habiendo auto-regulación del SNA, con aumento del intervalo de tiempo de la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC), proporcionando mayor relajamiento y reducción de la media de la frecuencia cardíaca, que pasó de 77 bpm (antes) para 73 bpm (después); se verificó satisfacción, bienestar, relajamiento y reducción de los niveles de estrés. Se observó una influencia en la salud emocional y en los estados neurocognitivos, estímulo a la espiritualidad, además de mejoría en el autocontrol y en las relaciones sociales, de donde se puede concluir que el Reiki es una terapia simple pero completa. Los resultados demuestran la importancia de la inserción de las Prácticas Integrativas y Complementarias en la Estrategia de Salud de la Familia de Brasil.

Palabras Clave: Cuidado de enfermería, Reiki, ansiedad, Prácticas Integrativas y Complementarias, Estrategia de Salud de la Familia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Os sete <i>chakras</i> principais.....	43
Figura 2 -	Associação dos <i>Chakras</i> com o sistema nervoso autônomo.....	43
Figura 3 -	Quinta Etapa - Fase B - estabelecimento da conexão com o paciente, monitoramento com <i>cardioEmotion</i> ®, aplicação do cuidado com <i>Reiki</i> , orientação para auto cuidado com a respiração e liberação do paciente.....	50
Figura 4 -	Etapas da Pesquisa.....	51
Figura 5 -	Quinta Etapa Fase A – encontro com o participante durante a triagem, conhecendo suas características definidoras de ansiedade e percepção de saúde.....	59
Figura 6 -	Ruídos que ocorreram durante a intervenção com <i>Reiki</i> em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.....	75
Figura 7 -	Grafico do <i>cardioEmotion</i> ® realizado com a paciente número 13, as 16h:35'34". Aparelho programado para avaliação em 5 minutos. Conseguiu realizar apenas 0,40 segundos de registro.....	79
Figura 8 -	Grafico do <i>cardioEmotion</i> ® realizado com a paciente número 13, as 16h38'41". Aparelho programado para avaliação em 5 minutos. Conseguiu realizar apenas 2 minutos de registro.....	80
Figura 9 -	Caixa térmica.....	82
Figura 10 -	Sensações percebidas pelo paciente em seu corpo durante o <i>Reiki</i> em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.....	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das características demográficas e socioeconômicas dos participantes do estudo em um Posto de Saúde do Município de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.....	65
Tabela 2 -	Número de participantes que consideram ter ansiedade (morbidade percebida) e confirmados com ansiedade após realização de triagem em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.....	67
...		
Tabela 3 -	Apresentação do *P-valor da relação entre características definidoras de ansiedade com idade, sexo e religião em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.....	71
...		
Tabela 3.1 -	Proporção da prevalência em estar temeroso com relação ao sexo em um Posto de Saúde do Município de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.....	72
..		
Tabela 4 -	Comparação dos indicadores nota, frequência cardíaca, coerência cardíaca, quase coerência cardíaca, não coerência cardíaca, antes e depois da intervenção com o <i>Reiki</i> em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.....	84
..		
Tabela 5 -	Descrição das sensações percebidas dos <i>chakras</i> pela autora e terapeutas durante a aplicação de <i>Reiki</i> em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.....	90
Tabela 6 -	Distribuição dos dados quanto a expressão facial dos pacientes antes e após a intervenção com o <i>Reiki</i> em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.....	94
..		
Tabela 7 -	Distribuição dos dados quanto à lembrança afirmativa ou negativa de sonhos durante a intervenção com <i>Reiki</i> em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.....	101
..		

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Relato de percepção de cores por pacientes, durante a terapia *Reiki* em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016..... **97**
- Quadro 2** - Apresentação dos resultados da pesquisa com a realização da intervenção com Reiki em pessoas com ansiedade de acordo com as padronizações da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), Intervenções (NIC) e os Resultados (NOC)..... **103**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
ARS	Arritmia Sinusal Respiratória
FC	Frequência Cardíaca
TMC	Transtorno Mental Comum
VFC	Variabilidade da Frequência Cardíaca
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
HRV	Heart Rate Variability
VFC	Variabilidade da Frequência Cardíaca
ESF	Estratégia Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBASF	Unidade Básica de Atenção à Saúde da Família
LABPAS	Laboratório de Práticas Alternativas em Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
CORES	Coordenadoria Regional de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PNH	Programa Nacional de Humanização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
LTDA	Limitado
NPT	Neuropsicotronics
AB	Atenção Básica

CID	Classificação Internacional de Doenças
IgA	Imunoglobulina A
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SNS	Sistema Nervoso Simpático
SNP	Sistema Nervoso Parassimpático
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Percentual
®	Marca Registrada

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	OBJETIVOS.....	25
2.1	Geral.....	25
2.2	Específicos.....	25
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	26
3.1	As Políticas Nacionais de Atenção básica (PNAB), Humanização (PNH) e Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a ação de cuidar.....	26
3.2	Ansiedade na Atenção Básica e a utilização da Taxonomia da Enfermagem - O diagnóstico de ansiedade (NANDA), as intervenções (NIC) e os resultados (NOC)	31
3.3	A imposição de mãos, o Reiki e os os Chakras.....	38
3.4	O aparelho de biofeedback - cardioEmotion® e a Coerência Cardíaca.....	45
4	MATERIAL E MÉTODO.....	49
4.1	Tipo de estudo.....	49
4.1.1	<i>Etapas do Estudo.....</i>	51
4.2	Local e período de estudo.....	52
4.2.1	<i>Cenário do Estudo.....</i>	52
4.2.2	<i>Caracterização do Território.....</i>	53
4.3	População e amostra.....	54
4.3.1	<i>Cálculo do tamanho da amostra.....</i>	54
4.4	Instrumentos de Coleta de dados.....	55
4.4.1	<i>Formulário de identificação e triagem.....</i>	55
4.4.2	<i>Formulário para a descrição de respostas do paciente a serem coletadas antes e após a intervenção com o Reiki.....</i>	56
4.4.3	<i>Diário de Campo.....</i>	56
4.4.4	<i>Aparelho de Biofeedback - cardioEmotion®.....</i>	56
4.4.5	<i>Câmera fotográfica.....</i>	56
4.5	Período de Coleta de dados.....	57
4.5.1	<i>Triagem 2.....</i>	57
4.5.2	<i>Intervenção com Reiki.....</i>	59
4.6	Aspectos éticos.....	63
4.7	Análise dos dados.....	64
4.7.1	<i>Tratamento Estatístico.....</i>	64
5	RESULTADOS.....	65
5.1	Caracterização da amostra.....	65

5.2	O contexto na Estratégia Saúde da Família – ambiência.....	74
5.3	A intervenção com <i>Reiki</i> e o estado de coerência cardíaca.....	77
5.3.1	<i>A concepção energética – O Reiki, a autora e o aparelho.....</i>	77
5.3.2	<i>Inserindo a meditação e respiração.....</i>	82
5.3.3	<i>Os resultados do aparelho de Biofeedback após intervenção com Reiki.....</i>	83
5.4	Contribuição do cuidado de enfermagem com a intervenção do <i>Reiki</i>.....	89
6	CONCLUSÕES.....	106
7	RECOMENDAÇÕES.....	112
	REFERÊNCIAS.....	113
	ANEXOS.....	122
	APÊNDICES.....	132

1 INTRODUÇÃO

As Técnicas de imposição de mãos, tais como o *Reiki*, o *Magnified Healing*, a Cura Reconectiva e a Frequência de Brilho, algumas técnicas de conhecimento popular, como a reza e o benzimento, e outras que possuem comprovação científica de sua eficácia, como o toque terapêutico, descoberto e pesquisado desde 1972, pela enfermeira norte americana Dra. Dolores Krieger, vem sendo estudadas e amplamente praticadas no mundo inteiro. Dentre todas estas técnicas de imposição de mãos, o *Reiki* é a que possui mais adeptos no Brasil, alguns inclusive na Estratégia Saúde da Família.

Apesar de destacar a eficácia comprovada do Toque Terapêutico como cuidado de enfermagem, esta pesquisa foca-se principalmente no *Reiki*, por causa de seu destaque e utilização em quase todo o Brasil, por pessoas de classes sociais e profissões diversificadas.

A popularidade do *Reiki* é comprovada por uma pesquisa aplicada no ano de 2004 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de conhecer a situação de atendimentos com Práticas Integrativas e Complementares no país, que gerou um diagnóstico situacional das experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados, revelando que, dentre as práticas complementares realizadas nos estados e municípios, destaca-se o *Reiki*, com um percentual de 25,6%, sendo o mais desenvolvido em comparação com outras nove terapias (BRASIL, 2014). Apresentando a pesquisa em eventos científicos, a autora relatou ter tido grandes dificuldades na coleta dos dados, pois muitos municípios perderam o formulário e outros simplesmente não enviaram. Por conta de tais obstáculos, o resultado final foi publicado no manual do Ministério da Saúde somente dez anos depois do seu início.

De acordo com os resultados da pesquisa, os sofrimentos mentais, transtornos graves e comuns são muito frequentes nos atendimentos realizados na atenção básica. Muitas vezes estas emoções apresentam-se em forma de dor física em diferentes partes do corpo, levando a população a buscar atendimento (BRASIL, 2013). Ao conhecer a gravidade desta situação e o grande número de pessoas acometidas, foi necessário verificar esta realidade e um modo de tratá-la ou amenizá-la na própria atenção básica.

Pesquisas realizadas constataram que cerca de uma em cada quatro pessoas tem algum transtorno mental. Ao incluir aqueles que têm um sofrimento mental pouco abaixo do limiar de diagnóstico (os chamados casos subclínicos), a proporção chega a uma pessoa em sofrimento a cada duas pessoas que procuram a atenção básica. Esses dados epidemiológicos

fazem com que muitos autores usem a expressão Transtorno Mental Comum (TMC) para identificar as entidades clínicas pesquisadas nesses estudos (BRASIL, 2013).

As manifestações mais comuns do sofrimento mental são a tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos (somatização), que correspondem às chamadas queixas físicas sem explicação médica. Estas queixas não são mensuradas em exames de rotina solicitados por médicos da ESF ou em emergências, quando estas pessoas chegam ao Sistema Único de Saúde, para diagnosticar uma dor física que não tem causa visível no corpo (BRASIL, 2013).

No exercício cotidiano das práticas profissionais de enfermeira, é notável que estes sintomas não são mensurados em exames de rotina solicitados. Em alguns casos, a dor ainda não tomou forma, e só seria propriamente diagnosticada após uma avaliação tranquila e demorada do cotidiano e da situação socioeconômica das pessoas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)(2001), a saúde mental foi negligenciada por muito tempo, e por ser essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, deve ser universalmente encarada sob uma nova luz; é uma constante nos atendimentos cotidianos da atenção básica, considerando que 20% de todos os participantes atendidos por profissionais da área da têm um ou mais transtornos mentais e comportamentais. Em 2008, esta estimativa de atendimentos na atenção primária, passou a 60%, afirmando ainda que há negligências no diagnóstico devido a percepções errôneas em relação à natureza da perturbação mental (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

As conferências nacionais e internacionais evidenciam o papel da atenção básica na colaboração para a melhoria das atividades relacionadas à saúde mental. A Declaração de Alma Ata e outras conferências, dentre elas a Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978) e a II Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), destacam a importância da Atenção Básica na assistência e inclusão da saúde mental articulada com os demais serviços e Programas de Saúde com outros setores públicos, especialmente com a própria comunidade (LAVRAS, 2011; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b). Em relatório, a ONU declara a necessidade de reconhecer a vulnerabilidade de grupos com deficiências em saúde mental e psicológica e apela para que ocorra o atendimento às suas necessidades, ressaltando a importância da criação de programas para inclusão e ampliação dos serviços na atenção primária para que isto aconteça (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Está claro o interesse mundial em acolher pessoas com a saúde mental comprometida. Reuniões, conferências, congressos e relatórios levantam a ideia de promover e melhorar a assistência, mas a realidade do que é praticado no atendimento dos programas do Ministério da Saúde na atenção básica ainda tem pouca evidência e articulação no que diz

respeito ao tratamento direcionado especificamente à saúde mental. Devido à dificuldade ou ausência de capacitações, os profissionais transformam o dia de atendimento deste programa em um momento focado quase exclusivamente em renovar receitas de medicamentos controlados, tornando o paciente “prisioneiro de comprimidos”. Seria imprescindível, como modo de ampliar e melhorar estes atendimentos, a integração com a família e a comunidade, e uso de Terapias Alternativas e Complementares.

As Práticas Integrativas e Complementares contemplam recursos terapêuticos, reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA), cujas abordagens estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, utilizando-se de uma visão ampliada do processo saúde-doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006a). Muitas destas MT/MCA são utilizadas no país para tratamento e recuperação de diversas situações de saúde e doença, em serviços públicos e privados.

Percebe-se que quanto mais vulnerável estiver o receptor deste formato de tratamento, maior será o efeito da mensagem (olhar, fala e toque) sobre seu senso de valor e bem-estar. Os enfermeiros costumam subestimar suas habilidades de ajuda e cura de uma pessoa, mas a confiança no enfermeiro trará ao paciente a segurança que ele precisa para restabelecer sua saúde. O enfermeiro tem, em sua habilidade principal, a arte de cuidar, proporcionando em consequência a cura (TAYLOR *et al.* 2014). E geralmente há necessidade de um olhar mais compreensivo e acolhedor diante das muitas necessidades de ajuda a uma pessoa. O enfermeiro detém em suas habilidades o diagnóstico e a intervenção do cuidado para ansiedade em taxonomia própria da profissão.

Ansiedade é um diagnóstico de enfermagem, representado na Taxonomia da NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association*) com o código (00146). (NANDA Internacional, 2013). Neste estudo é usado o conceito de ansiedade da NANDA, compreendendo a mesma como um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica cuja fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo; um sentimento de apreensão causado por antecipação de perigo; um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça. Essa definição foi tomada como base para a seleção dos participantes deste estudo, utilizada como ferramenta para a realização de uma triagem para identificar e cuidar de pessoas com ansiedade utilizando o *Reiki*.

A utilização de uma prática complementar como o *Reiki* em pessoas com diagnóstico de ansiedade na atenção básica evidencia princípios de algumas políticas públicas do Sistema Único de Saúde que visam a integralidade e inserção do sujeito em seu processo de prevenção, cura e recuperação. As Políticas Nacionais de Atenção Básica, Humanização e de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC) do Sistema Único de Saúde (SUS), tem em seus princípios objetivos comuns que valorizam o vínculo com os usuários, a acessibilidade, continuidade do cuidado, a responsabilização, humanização e estímulo a diferentes práticas terapêuticas (BRASIL, 2014; FREITAG, 2014; BRASIL, 2012a; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006).

Pensando nestas prerrogativas das políticas públicas, torna-se ainda mais adequado pensar em inserir as PICs como mais uma opção de atendimento na atenção básica. McWhiney (2010) afirma que os serviços que possuem a Estratégia de Saúde da Família – ESF servem de porta de entrada para as PICs, já que há sobreposição dos valores compartilhados por ambas, dando ênfase no acolhimento do diagnóstico da pessoa, não apenas da doença.

Atualmente o *Reiki* é aplicado por vários profissionais e acadêmicos, sendo uma prática que exige baixos ou inexistentes custos financeiros (NOGUEIRA, 2014). Constata-se na literatura nacional o fato de que, mesmo sendo essa prática bastante sistematizada, ainda há poucas pesquisas feitas em Unidades Básicas de Saúde (UBASF) e Estratégias de Saúde da Família (ESF). Outro fator importante é que a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares ainda não inseriu o *Reiki* e outras técnicas de imposição de mãos como uma das PICs oficiais, possivelmente por considerá-las “energéticas” e “espiritualistas”, sendo difíceis de mensurar e comprovar.

A idealização deste estudo baseou-se na utilização de Práticas Alternativas como cuidado de enfermagem pela autora desde o ano de 2005, no Posto de Saúde do Alto Fechado (Pacatuba-Ceará), inicialmente com Terapias Tradicionais Chinesas, na qual a autora tornou-se especialista. Neste período houve a primeira observação de uma aplicação de *Reiki*, durante atividades com o grupo de idosos, despertando interesse e curiosidade da autora ao escutar o relato de relaxamento da idosa que recebeu o cuidado. Esse interesse se concretizou principalmente por afinidade com as PICs, levando a uma busca por várias capacitações, dentre elas a capacitação em *Reiki*, aplicada frequentemente durante as consultas de enfermagem dentro do ambiente de trabalho na Estratégia Saúde da Família, buscando sempre conhecer e explicar as percepções relatadas por pacientes e mestres durante os atendimentos,

sendo necessário conhecer pesquisas, evidências e referências baseadas na experiência de outros mestres de *Reiki*, capazes de realizar tais esclarecimentos.

Em 2006, a autora passou a trabalhar na ESF de Fortaleza e continuou incluindo as PICs em seu cronograma, passando a utilizar a prática de *Reiki* após sua primeira iniciação em 19 de maio de 2007, até os dias atuais. Para utilizar esta nova forma de cuidar antes da publicação da PNPIC, houve sempre a necessidade de realizar acordos com a coordenação da Unidade de Saúde para incluir no cronograma quatro horas de atendimento com terapias complementares. A inclusão deste momento de cuidado sempre foi justificada à coordenação com os depoimentos de pacientes que relatavam melhora de suas queixas, mas havia dificuldade em orientar a população a respeito dos cuidados necessários para o horário de atendimento com PICs, que requer recolhimento, silêncio e mais tempo de interação entre o paciente e a enfermeira.

Segundo Souza *et al.* (2012), esta prática onde acordos são realizados para inserir PICs nos cronogramas de atendimento é bem comum. Em uma pesquisa realizada no Brasil sobre a atuação de profissionais nas PICs, foi possível observar que alguns profissionais faziam um "acordo informal" com a coordenação da unidade de saúde para realizar práticas integrativas e complementares, como por exemplo, a dança circular, a *shantala* e o toque terapêutico em Campinas, o *Reiki* e a acupuntura em Recife, e em várias ESF de Florianópolis.

O *Reiki* sempre foi a técnica mais utilizada no local de trabalho da autora, por utilizar somente as mãos e por ter vários funcionários reikianos capacitados e atuando. A mesma foi iniciada como mestre de *Reiki* três vezes, sendo duas no *Reiki* USUI Tradicional e uma no *Reiki* Tibetano. As duas iniciações na mesma modalidade de *Reiki* (USUI Tradicional) deveu-se à necessidade de aderir a um grupo (Espaço Ekobé, localizado na Universidade Estadual do Ceará) ligado à Prefeitura Municipal de Fortaleza, cuja finalidade era expandir a terapia no município. Este grupo não aceitou sua primeira iniciação em *Reiki* realizada em 2007, por falta de um certificado de associação. Apesar de reconhecer a certificação anterior como válida, houve a necessidade de reconhecimento dentro do município, e o desejo de participar da expansão do *Reiki* levou a autora a participar de todas as formações novamente, do Nível I ao IIIB, assumindo o compromisso de repassar o conhecimento a outras pessoas nos cursos oferecidos pelo grupo por um determinado período de tempo, e saindo do grupo em 2011, após cumprimento do compromisso mencionado, passando a desenvolver as PICs em Fortaleza e realizando iniciações em *Reiki* em várias localidades de Fortaleza e do Estado do Ceará.

A certificação para muitos mestres de *Reiki* é realizada sem instituições ou associações, e esta pesquisa corrobora com esta opção, pois o *Reiki* não é um curso acadêmico, tratando-se de uma terapia energética vibracional que tem colaborado para o crescimento pessoal dos praticantes.

Desde que inseriu o *Reiki* em suas atividades, a autora procurou também atender com outras PICs e realizar registros dos resultados, que frequentemente eram apresentados em Congressos Nacionais e Internacionais. Os registros aconteceram também em livros, comentando as experiências das iniciações de colegas da área da saúde e acadêmicos de variados cursos da Universidade Federal do Ceará no Laboratório de Práticas Alternativas em Saúde (LABPAS). Foram até o momento 98 iniciações do Nível I ao Nível IIIB, incluindo a iniciação dos primeiros reikianos do município de Horizonte e da Universidade Federal do Ceará, inserindo atendimento com esta terapia nestes dois locais.

Nestes nove anos de atuação com *Reiki*, a autora escutou vários relatos a respeito da terapia, envolvendo as sensações, o relaxamento, bem estar e melhora de dores, que aguçaram seu interesse quanto à atuação da imposição de mãos no corpo físico e energético, capazes de gerar tantos benefícios. Surgiu assim o objetivo de investigar através de pesquisa, mensurando tais benefícios no atendimento rotineiro da Estratégia Saúde da Família.

Realizando uma busca na literatura científica no Brasil, não foi possível encontrar pesquisas que descrevessem comprovadamente as respostas condizentes com cada percepção e trouxessem ao leitor a ideia de que existe algo mais na inter-relação com o organismo humano do que simplesmente a espiritualidade e a crença.

Observando esta lacuna, constatou-se também que não haviam pesquisas nacionais que comprovassem os efeitos por monitoramento cardíaco, gerando o interesse e a decisão de estudar dados que comprovassem a eficácia do *Reiki* com uso do aparelho de *biofeedback*. Deste modo, esta pesquisa busca explorar este campo de atuação relacionado à prática de cuidado com *Reiki*.

Conhecendo a grande utilização e aceitação do *Reiki* no Brasil, esta pesquisa: *Reiki* como cuidado de enfermagem em pessoas com ansiedade no âmbito da Estratégia Saúde da Família, teve como hipótese verificar se a energia vital externa por meio da terapia *Reiki* é capaz de restaurar o equilíbrio humano, melhorando a coerência cardíaca, aumentando as próprias energias internas do indivíduo, tendo um efeito restaurador, calmante e redutor da ansiedade.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a contribuição do *Reiki* como cuidado de enfermagem em pessoas com ansiedade na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Específico

Verificar se a intervenção com *Reiki* é capaz de alterar o estado de coerência cardíaca;

Identificar as contribuições do *Reiki* como cuidado de enfermagem em pessoas com ansiedade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 As Políticas Nacionais de Atenção básica (PNAB), Humanização (PNH) e Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e a ação de cuidar

Esta pesquisa foi realizada na atenção básica, administrada por uma enfermeira integrante da Estratégia Saúde da Família enquanto desempenhava ações de cuidado utilizando uma das PICs – o *Reiki*. Estas ações de cuidado surgiram da necessidade do desenvolvimento da atenção humanizada e centrada nas pessoas e profissionais, como deve ser um serviço regido pelo Sistema Único de Saúde e seus princípios, e apresentam objetivos semelhantes a PNAB, PNH e PNPIC, todas elas procurando desenvolver ações voltadas para o indivíduo, família e comunidade, buscando a prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde, com uso de tecnologias leves e com a participação do paciente em seu plano de cuidados.

Ao definir o cuidado, Waldow e Motta (2016) afirmam que é a expressão existencial da condição humana. O cuidado do ser, o cuidado de si, o ser no mundo com os outros é idealmente o objetivo atual nas práticas de saúde que devem assegurar atitudes e um espaço de reconstrução de intersubjetividades que, embora apoiadas pela tecnologia, não se limitem a elas. O cuidado em seu aporte filosófico é a essência do ser na enfermagem, cujo cuidar constitui seu saber-fazer, sua ética e essência.

O cuidado é citado nas Políticas Nacionais previamente mencionadas, e constitui uma ação a ser seguida por profissionais de várias categorias das áreas da saúde e humanas, vinculados a instituições pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Atenção básica (PNAB) aprovada em março de 2006 mediante a Portaria nº648/GM estabelece diretrizes e normas para organização da atenção básica, Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em outubro de 2011 foi estabelecida uma revisão de suas diretrizes e normas (Portaria nº 2.448/11), afirmando que o processo de trabalho das equipes da ESF deve ser orientado com uma prática voltada para o cuidado familiar ampliado, efetivado por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, visando propor intervenções que influenciem os processos saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade (BRASIL, 2011; BRASIL, 2006; BRASIL, 2012a). O objetivo final seria desenvolver uma prática organizacional do fluxo de atendimento para obter resultados satisfatórios para os envolvidos.

O objetivo da PNAB é desenvolver ação integral que impacte na situação de saúde, tornando a população co-responsável por sua saúde e capaz de atuar e reivindicar melhorias nos determinantes sociais da saúde, e tem como características a inclusão da promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, redução de danos e manutenção da saúde, tendo como um de seus princípios possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013).

Os princípios da atenção básica visam a execução do cuidado dos profissionais para a população e o compromisso de ambas as partes no processo de atenção à saúde, desenvolvendo o senso crítico, para perceber e reivindicar melhorias para a vida em família e sociedade. Este cuidado não precisa ser somente com programas ligados ao uso de medicações, como faz a maioria dos profissionais da ESF, pode ser com planos de cuidado com PICs, realizados em grupos ou individuais.

A realização de todas estas atividades cabe ao Programa Saúde da Família (PSF). Criado em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), o PSF reforça a ideia pela criação do novo modelo assistencial caracterizado por serviços de saúde descentralizados no atendimento do profissional médico, hospitalocêntrico e com ações prioritariamente curativas (BRASIL, 2007). Hoje chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), o programa que é considerado a porta de entrada da população no SUS e traz a ideia do atendimento multiprofissional, com menor adesão aos serviços hospitalares, diretamente ligado a ações de vigilância epidemiológica e com alto poder de resolutividade, por meio de planejamento de ações com intervenção e vigilância epidemiológica

A ESF tem em sua competência desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas sob forma de trabalho em equipe, contribuindo com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde com a perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais, coordenando o cuidado, elaborando e acompanhando projetos terapêuticos singulares (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013).

A presença de profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde nas equipes da ESF proporcionam uma visão ampliada do processo saúde-doença com ênfase no território de abrangência a ele vinculado. Em suas múltiplas peculiaridades, o ACS vincula a comunidade ao Posto de Saúde e aos profissionais da equipe, vislumbrando agravos nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) com maior rapidez.

A Atenção Primária à Saúde representa um território privilegiado para a construção de práticas que devem basear-se essencialmente na troca de informações para uma comunicação eficaz e na humanização do cuidado, com formação de laços solidários entre trabalhadores de saúde e população (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014).

Ao humanizar o cuidado, a enfermeira cuidadora que atua na ESF (atenção primária à saúde), forma um campo propício para a realização de uma assistência descentralizada e mais efetiva, apoiada nos princípios das políticas governamentais que pretendem incrementar a resolutividade e satisfação da população. Segundo Moreira (2015) e Nora (2013), essa atuação humanizada pode ser compreendida como vínculos estabelecidos entre profissionais e população, alicerçado em ações guiadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, refletindo atitudes éticas.

Na enfermagem, a humanização toma proporções tanto no nível micro, relacionada à assistência, quanto no nível macro, da gestão e de políticas públicas, visto que, para se modificar a realidade, é necessário que se identifiquem obstáculos presentes na área da saúde que impeçam assistência digna, cabendo a todos os partícipes a idealização e implementação de estratégias eficazes, tendo como meta assistência eficaz, resolutiva, de qualidade e humanizada (CHERNICHARO, 2013).

Quando a população solicita novas ações de cuidado, surge a necessidade de rever o modelo assistencial aplicado. É muito comum que os profissionais recebam pedidos de assistência com PICs para aliviar dores ou acalmar as tensões. Quando isto acontece, o profissional de enfermagem deverá buscar em suas habilidades algo capaz de atender as necessidades do paciente em partilha de saberes e decisão conjunta. O profissional de enfermagem também deve buscar a comunicação com os sujeitos em suas ações educativas, promovendo a autonomia e o senso crítico dos sujeitos para que possam cuidar de si mesmos e reivindicar melhorias para promover saúde. A esta atitude damos o nome de autonomia e protagonismo, como mencionado na Política Nacional de Humanização.

A Política Nacional de Humanização está fundamentada em três princípios estruturantes: a transversalidade, indicando a ampliação do grau de comunicação entre os sujeitos, a indissociabilidade entre atenção e gestão, e a afirmação do protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, desenvolvendo atitudes de corresponsabilidade na produção de saúde (NORA, 2013).

Assim, ao utilizar o *Reiki* e outras PICs no atendimento dentro da ESF, o profissional de enfermagem estará seguindo o caminho dos princípios das PNPIC, PNH e PNAB, a partir do momento em que acolhe, define e aplica o cuidado, estimular os

mecanismos naturais dos participantes, prevenindo agravos e recuperando a saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento de vínculos terapêuticos e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, tendo uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2014).

As abordagens com PICs possuem uma necessidade de conhecer a realidade dos pacientes a nível individual, familiar e comunitário, e buscam fazer um apanhado geral das dores físicas, mentais e emocionais, facilitando a realização do diagnóstico, por vezes energético, ou tentando inserir um plano de cuidado que aborda todo o sistema pessoal e ecológico planetário comprometido em busca do equilíbrio.

Desenvolver *Reiki* e as outras PICs propicia a humanização do cuidado ao tentar inserir o indivíduo em seu bem estar integral, por meio do acolhimento, escuta, confiança, avaliação e encaminhamento para ações capazes de trazer uma resposta adequada a demanda detectada. A humanização associada às ações da enfermagem, é um conceito ampliado que pode variar desde uma escuta atenta, uma boa relação profissional-usuário, à reorganização dos processos de trabalho, a criação de ouvidorias e "balcões de acolhimento", até a melhoria das estruturas do serviço (CHERNICHARO, 2013).

É possível observar uma busca pelo novo ou diferente por parte da população frequentadora da atenção básica, um novo que não usa medicamentos, e que proporciona bem estar apesar de ser de eficácia desconhecida. Ocorre uma procura de cura e equilíbrio por meio de intervenções que estimulam uma resposta natural do organismo, um princípio holístico, com enfoque integral dos problemas de saúde e da vida, um equilíbrio entre a mente, o corpo e seu entorno, uma ênfase na saúde em lugar da doença e um estímulo ao *empowerment* (SOUSA, 2012). Assim as terapias energéticas tomam credibilidade crescente no país.

Várias dessas intervenções têm como pressuposto a existência de uma "dinâmica vital", energia, espírito ou "sopro", que está além da noção de funcionalidade fisiológica e orgânica e que pode ser estimulada (SOUSA, 2012). Terapias energéticas como o *Reiki* acreditam na existência dessa energia ou força vital, mesmo que esses conceitos não estejam presentes em todas as abordagens, ou não sejam tratados da mesma forma por seus praticantes.

Utilizar as Práticas Integrativas e Complementares (PICs) no cuidado significa portanto inserir várias técnicas com firme atuação no Brasil e comprovação científica, e outras

de uso tradicional advindas de outros países, que têm recebido incentivo pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para utilização na Atenção Básica (AB).

A OMS preconizou o uso de PICs nos sistemas públicos de saúde e o Brasil foi um dos países membros que acatou este pedido, publicando a Portaria 971 em 2006, que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares (PNPIC) no SUS. A política enfatiza a implantação das PICs na atenção primária de saúde, o cuidado continuado, humanizado e integral para a prevenção, promoção e recuperação da saúde com a explicitação dos instrumentos, práticas e técnicas para uso terapêutico a serem implantados no SUS (CONTATORE, 2015; FREITAG, 2014; BRASIL, 2006a).

"As Práticas Integrativas e Complementares se constituem num campo de práticas que contempla recursos terapêuticos, denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas como a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado" (BRASIL, 2006a).

Todavia, ainda existem dificuldades de várias ordens para sua implantação. Entre elas se destaca a insuficiência de dados de produção e de pesquisas, as limitações no controle destas práticas, a pouca formação e a carência de especialistas (SOUSA, 2012).

A falta de dados nos registros do SUS deve-se a ausência de meios para realizar esta tarefa, devido a falta de conhecimento dos gestores sobre a efetividade das PICs, a pequena quantidade de atendimentos, a demora nos procedimentos e o incentivo aos profissionais capacitados em desenvolvê-la. Segundo Sousa (2012), apesar de haver indícios de serviços públicos de saúde utilizando de modo significativo as Medicinas Tradicional/Complementar e Alternativa, há dificuldades neste exercício por conta de uma formação voltada ao saber biomédico e aos contextos organizacionais e institucionais em que a prática se desenvolve no Brasil, considerando necessário exercitar uma visão mais integral e holística.

Segundo dados do Ministério da Saúde do Brasil, em 2008 existiam no país mais de 800 municípios realizando algumas práticas integrativas e complementares. Antes mesmo da publicação da PNPIC já ocorriam algumas experiências em Campinas (São Paulo), Florianópolis (Santa Catarina) e Recife (Pernambuco), dentre outros (BRASIL, 2014).

Portanto estas políticas convergem para pontos comuns, orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade

da atenção, responsabilização, humanização, equidade e da participação social (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012a).

A aprovação destas portarias, por meio do Ministério da Saúde, cujo conteúdo expressa ações baseadas no cuidado integral do indivíduo, pretende garantir melhorias nos serviços de saúde ligados ao SUS. A implantação destas portarias proporciona o incremento de diferentes abordagens e procedimentos, disponibilizando mais opções terapêuticas aos frequentadores da atenção básica e orientando os profissionais em sua atuação.

3.2 Ansiedade na Atenção Básica e a utilização da Taxonomia da Enfermagem - O diagnóstico de ansiedade (NANDA), as intervenções (NIC) e os resultados (NOC)

Ao atuar como enfermeira da atenção básica, a autora observou a dificuldade em identificar e cuidar das pessoas com alguma situação de saúde mental, como a ansiedade e a depressão. É aparente que a maioria dos profissionais enxerga a medicação como única alternativa, por sua ação quase imediata no sistema nervoso central.

No entanto, é necessário levar em consideração a Taxonomia da Enfermagem e seus conceitos científicos, embasados no cuidado centrado na pessoa e aplicado de maneira integral, como definido por Taylor *et al.* (2014), que aponta a enfermagem como uma arte e uma ciência, uma profissão que utiliza conhecimentos especializados e habilidades para promover bem-estar e cuidado aos participantes, na saúde e na doença e em vários locais de prática. O profissional de enfermagem é preparado para integrar as dimensões humanas – aspectos físicos, intelectuais, emocionais, socioculturais, espirituais e ambientais de cada participante – aos cuidados oferecidos, a fim de promover bem-estar, prevenir doenças, restaurar a saúde e facilitar o enfrentamento diante de função alterada e da morte.

Segundo a lei do exercício da enfermagem, cabe ao enfermeiro realizar consultas de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem e cuidados diretos de enfermagem a pacientes (SILVA, 2009).

A ansiedade é um diagnóstico de enfermagem, representado na Taxonomia da NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association*) com o código (00146). É definido como diagnóstico de enfermagem um agrupamento de informações subjetivas (sintomas) e objetivas (sinais) e um julgamento clínico das experiências/respostas de um participante, família, grupo ou comunidade a problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais (NANDA Internacional, 2013).

Como previamente apontado, este estudo utiliza a definição de ansiedade contida na NANDA Internacional (2013), onde é descrita como um vago e incomodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica cuja fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo, um sentimento de apreensão causado por antecipação de perigo ou um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.

O diagnóstico é a segunda fase do processo de enfermagem. Assim, na Taxonomia, é utilizada a terminologia "características definidoras", com sintomatologias específicas para cada definição de um diagnóstico. Segundo Taylor *et al.* (2014) e Pompeo *et al.* (2009), o diagnóstico de enfermagem foca-se nas reações humanas às enfermidades, enquanto os diagnósticos médicos identificam doenças e podem ser usados como uma ferramenta importante para aprimorar e direcionar a assistência prestada ao paciente, pautada em conhecimento científico. O diagnóstico de enfermagem ocorre a partir da identificação e definição dos fatores relacionados e características definidoras, podendo-se construir um instrumento para submeter à apreciação de enfermeiros especialistas e assim dar continuidade ao processo de validação de conteúdo de um diagnóstico cuja finalidade é a melhoria da assistência de enfermagem.

O termo diagnóstico de enfermagem surgiu na literatura na década de 1950. Em 1966, Hammond escreveu que os enfermeiros deveriam ter habilidades e conhecimentos para um diagnóstico preciso. Em 1973, Gebbie e Lavin, da Universidade de St. Louis, realizaram a Primeira Conferência Nacional de Diagnóstico de Enfermagem em um esforço coletivo para identificar, padronizar e classificar problemas de saúde tratados por enfermeiros. Neste primeiro encontro, o *National Group*, que passou a ser chamado de *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), iniciou conferências, workshops e atividades a fim de organizar a identificação de diagnósticos por enfermeiros e assim constituir a taxonomia da NANDA (NANDA INTERNACIONAL, 2013; TAYLOR *et al.*, 2015).

Os diagnósticos de médicos sobre transtornos mentais comuns (TMC) constituem sintomatologias depressivas e ansiosas que podem inclusive ter manifestações somáticas, sendo questão de saúde pública. A incidência dos TMC está aumentando, apresentando uma alta prevalência na população geral. No Brasil, a prevalência no âmbito da atenção primária chega a atingir 40% (NETO, 2008).

Segundo um estudo do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, publicado em 2009, na Revista Brasileira de Psiquiatria, 29,6% da população da Região Metropolitana de São Paulo, área com 20 milhões de habitantes,

apresentaram transtornos mentais nos 12 meses que antecederam a pesquisa. Do total, 19,6% teriam transtornos de ansiedade. Considerando esses dados estatísticos, teríamos aproximadamente quatro milhões de habitantes ansiosos na Grande São Paulo (LEITE, 2016).

Apesar da saúde mental acompanhar a saúde física, regularmente o paciente deixa de citar em consultas as emoções que o acompanham, evitando falar da família, de suas relações sociais e do trabalho. Os pacientes não imaginam como a queixa, trazida ao consultório, pode estar interligada aos sentimentos e fica a critério do profissional indagar sobre o assunto, que muitas vezes passa despercebido.

Tornou-se muito comum ver pessoas com sofrimentos mentais tornarem-se despercebidas da sua situação, ou, mesmo estando cientes, não buscarem atendimento adequado. As consultas de enfermagem cotidianas na Atenção Básica revelam a necessidade de um olhar mais atento às questões de saúde mental, em específico para a ansiedade.

É relevante apontar também que nem sempre a saúde mental é vista como algo a ser trabalhado na atenção básica. A identificação de um caso leva ao pensamento de ajuda de outros profissionais, geralmente ligados aos CAPS. É possível que a precarização do serviço e a dificuldade de dar atenção estejam prejudicando o atendimento diferenciado que a situação mental do paciente necessita, e a falta de apoio, acolhimento, diagnóstico e tratamentos adequados ampliam ainda mais o prejuízo causado à vida do mesmo.

É preciso compreender que não há dissociação entre a saúde mental e a saúde geral, e, portanto não é necessariamente exigido um trabalho além daquele já demandado aos profissionais de saúde. Faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes nas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde, em especial da atenção básica, e cabe aos profissionais a tarefa de incorporar ou aprimorar competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde (BRASIL, 2013; CHIAVERINI, 2011a).

O impacto dos TMC é amplo na vida do participante e dos familiares envolvidos, já que problemas na saúde mental constituem uma importante causa de incapacidade e prejuízos nas funções social e física. Quando nos encontramos nesses estados de estresse e ansiedade, o sistema de defesa contra invasores externos encontra-se deprimido e a doença aparece como manifestação física de desequilíbrio psicológico ou mesmo como comorbidade (LEITE, 2016; NETO, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes, mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos

graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população necessita de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual. Esses transtornos são também universais, afetando pessoas de todos os países e sociedades, de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, nas áreas urbanas e rurais, e exercem impacto econômico sobre as sociedades e sobre o padrão de vida das participantes e das famílias. O relatório da Organização Mundial da Saúde de 2002 e 2010 aponta respectivamente que estes transtornos serão a segunda maior causa de adoecimento da população no ano de 2020 e que uma em cada quatro pessoas no mundo sofrerá uma condição de saúde mental em sua vida (OMS, 2001; OMS, 2008; BRASIL, 2008).

Em 2001 a OMS considerava que 20% de todos os participantes atendidos por profissionais de atenção primária de saúde têm um ou mais transtornos mentais e comportamentais. Em 2008, passou a considerar que 60% das participantes que vão as consultas em nível dos cuidados primários, têm uma perturbação mental diagnosticável, considerando que há negligências no diagnóstico devido a percepções errôneas em relação à natureza da perturbação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Estes são números alarmantes, previsões que apontam à importância de voltarmos a atenção à saúde mental das pessoas, identificando e proporcionando cuidado capaz de amenizar o sofrimento sem comprometer mais ainda a saúde física e mental. Isso é um resultado de pacientes sendo encaminhados ao serviço secundário em busca de um especialista e não encontrando, ou, quando há um especialista, este não consegue realizar o plano terapêutico prescrito. Surge um círculo vicioso de falta de resolutividade com o aparecimento de mais sintomas, que possuem a capacidade de eventualmente atingir o físico.

Tudo isso é comprovado por meio de evidências científicas trazidas do campo da medicina do comportamento, as quais demonstraram a existência de uma vinculação fundamental entre saúde mental e física oriunda de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. A saúde física e a mental se influenciam mutuamente, como fica comprovado em pesquisas que verificam a interação com os sistemas fisiológicos e o funcionamento neuroendócrino e imunitário. Os estados afetivos angustiados e deprimidos, por exemplo, evidenciam um grande número de mudanças adversas no funcionamento endócrino e imunitário, causando uma maior susceptibilidade a uma série de doenças físicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

É importante saber que o sofrimento é a vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa. Sendo assim, a abordagem do sofrimento psíquico – seja ele

enquadrado nas situações descritas como sofrimento mental comum ou nos casos de transtornos graves e persistentes, como as psicoses – precisa adquirir maior inteligibilidade e estratégias de ação mais racionais, abrangentes, e menos iatrogênicas. Diante de tais situações, torna-se fundamental para o profissional da atenção básica manter-se atento às diversas dimensões do sujeito que se apresenta a sua frente (BRASIL, 2013).

Segundo a OMS (2001) a saúde mental é essencial para o bem-estar geral das participantes, das sociedades e dos países, e deve ser universalmente encarada sob uma nova luz. É rara a família poupada de um encontro com transtornos mentais quando pelo menos um a cada quatro participantes será afetado por um distúrbio mental em dada fase da vida. Os fatores que determinam a prevalência, a manifestação e o curso desses transtornos são a pobreza, o sexo, a idade, os conflitos e catástrofes, doenças físicas graves e o clima familiar e social, podendo ocorrer juntos dois ou mais transtornos mentais numa pessoa, sendo comum a ocorrência de ansiedade combinada com transtornos depressivos.

Os determinantes de transtornos mentais inclusive a ansiedade, são bem comuns na vida da população, inclusive na atenção básica, sendo o medo gerado pela violência um dos maiores fatores determinantes dos abalos as emoções.

As manifestações mais comuns do sofrimento mental na AB fazem parte de uma única síndrome clínica com três grupos ou dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos (somatização), as chamadas queixas físicas sem explicação médica. Geralmente o usuário chega com queixas de redução do prazer de viver, irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade e medo (às vezes na forma de crises), também apresentam queixas como mudança no sono e apetite (para mais ou para menos), dores (frequentemente crônicas e difusas), cansaço, palpitações, tontura ou mesmo alterações gástricas e intestinais (BRASIL, 2013).

Explorando os conceitos de ansiedade, percebemos que eles convergem em pontos comuns no entendimento de vários autores, havendo descrições como: sentimento, síndrome, transtorno, incômodo e função mental complexa com o pensamento voltado para o futuro. A ansiedade é uma “hiperconstrução” de pensamentos, um transtorno caracterizado por um incômodo estado emocional, sentimentos negativos sobre o futuro ou desconforto que provoca uma sensação de defesa que serve como um alerta para enfrentar uma situação possivelmente perigosa. É uma função mental complexa e útil (GUTMAN, 2010; CURY, 2014; MONDIN, 2013; NARDI *et al.*, 2012; SANCHES *et al.*, 2012; MATTA *et al.*, 2003).

Assim, percebemos que a ansiedade pode ser uma reação normal ou pode ser patológica. Neste último caso, surgem sintomas sujeitos a respostas disfuncionais e

inadequadas a qualquer ação que causa ansiedade, seja real ou imaginária, que ocorre durante atividades diárias (MONDIN, 2013).

Em transtornos de ansiedade, ocorre uma combinação de sintomas somáticos e sinais subjetivos. Estão envolvidos pelo menos quatro sistemas de neurotransmissores centrais: noradrenérgicos, serotoninérgicos, endocanabinóide e o ácido gama aminobutírico (GABA). Diante da percepção de elementos que ameaçam o organismo, o sistema nervoso autônomo simpático, que atua em defesa do organismo, libera catecolaminas, adrenalina e noradrenalina, que são neurotransmissores responsáveis por alterações fisiológicas, viabilizando respostas de luta ou fuga com aumento do aporte de sangue à área cardíaca, gerando desconforto torácico, seguido de vasoconstrição dos microvasos epiteliais, vasoconstrição gastrointestinal, aumento da pressão arterial, do número de batimentos cardíacos, função respiratória, estimulação das glândulas sudoríparas e dilatação das pupilas (SANCHES *et al.*, 2012; NARDI *et al.*, 2012).

Percebe-se que, em determinadas circunstâncias, a ansiedade se instala retirando o prazer de viver, a criatividade, a generosidade, a afetividade, a capacidade de pensar antes de reagir, a habilidade de se reinventar, inibindo o raciocínio multifocal, entre outros. Nessa fase é necessária uma maior atenção, devido à interferência dos sintomas em diferentes áreas da vida, tais como desempenho no trabalho, desempenho acadêmico e realização das tarefas diárias, causando prejuízos na qualidade de vida, especialmente no que diz respeito às relações interpessoais e auto-realização, além de ser frequentemente associada com prejuízo funcional e psicossocial significativo (CURY, 2014; MONDIN, 2013; SANCHES *et al.*, 2012). Uma vida considerada não saudável, onde há sofrimento, dor e mal-estar, torna-se indefinida e sem atributos (SOUZA, 2005).

Nessa situação específica, o cuidado holístico, as terapias não invasivas e as práticas integrativas e complementares podem compor um grupo de opções terapêuticas a serviço dos profissionais que atuam na promoção da saúde mental de membros de famílias na rede de atenção básica de saúde.

Cuidar, em enfermagem, consiste em envidar esforços de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando participantes a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como na existência. É ainda ajudar outra pessoa a obter auto-conhecimento, controle e auto cura, quando então um sentido de harmonia interna é restaurada, independentemente de circunstâncias externas (SOUZA, 2005).

Habilidades interpessoais são essenciais à prática da enfermagem. O atendimento interpessoal envolve a promoção da dignidade e respeito dos participantes, além do estabelecimento de uma relação de compaixão (TAYLOR *et al.*, 2014).

O cuidado em saúde é compreendido como um ato singular que objetiva o bem-estar dos seres envolvidos, sendo imprescindível que o ser cuidado e o ser cuidador se encontrem em interação qualitativamente produtiva. Desta forma, vislumbra-se uma constante aproximação entre sujeitos no contexto das interações sociais. Para que estas interações sejam profícuas, alguns componentes das relações interpessoais devem ser compreendidos e desenvolvidos por subsidiarem o cuidado em saúde (FORMOZOL *et al.*, 2012).

Assim, o cuidado é percebido como uma atividade dinâmica, reflexiva, pautada na interação humana. Acrescenta-se, ainda, que o mesmo se constitui em uma relação representada por sentimentos e por um interesse genuíno para promover o bem-estar do outro. O profissional de enfermagem é o responsável pelo planejamento dos cuidados de enfermagem. O processo de preparar um plano de cuidados de enfermagem requer que o enfermeiro utilize os seus conhecimentos e habilidades profissionais para conhecer o paciente pessoalmente como um participante. Não obstante, reconhece-se que habilidades e atitudes específicas implícitas às relações interpessoais refletem também a capacidade para cuidar do outro, sendo este cuidado de enfermagem configurado como um processo interativo que conecta o ser que cuida ao ser cuidado (FORMOZOL *et al.*, 2012; SOARES, *et al.*, 2011).

O profissional de saúde não deve olhar fixamente para o sofrimento ou a doença, ou apenas a queixa, mas deve lembrar que seu trabalho é produzir vida de forma mais ampla, e para isso cuidar de maneira integral. A partir daí seria possível criar um plano de ação compartilhado composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa, ou seja, um Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2013).

Refletindo sobre o contexto no qual a Enfermagem vem desenvolvendo o seu trabalho, onde os conhecimentos científicos e novas tecnologias já pouco atendem às necessidades dos participantes que precisam de cuidados, se torna relevante que o profissional de enfermagem conheça e desenvolva habilidades na utilização dos instrumentos do cuidado de enfermagem relacionados à cidadania, à busca de direitos, à qualidade dos serviços e resgate do cuidado com uma visão complexa e humanista (GOMES *et al.*, 2008).

Na atenção básica (AB) existem equipes da Estratégia Saúde da Família, cada uma com um profissional de enfermagem à disposição, desenvolvendo ações assistenciais juntamente com os outros profissionais. Sabe-se que cada um destes tem conhecimento que muitos participantes buscam ajuda profissional por causa de sofrimento mental, geralmente

com queixas de tristeza e/ou ansiedade, ainda que não haja queixa explícita nesse sentido. Percebe-se ainda que são os que sofrem sem estar doentes que lotam as agendas da AB e inflam as estatísticas de prevalência de depressão e de ansiedade. Não é a doença física diagnosticável que mobiliza os cuidados dos profissionais de Saúde, mas sim participantes que sofrem e, doentes ou não, buscam ajuda. Portanto, dizer que uma pessoa não está doente, não significa que ela não necessita de cuidado (BRASIL, 2013).

Existe a necessidade dos enfermeiros e outros profissionais da atenção básica em vislumbrarem que a saúde mental não deve ser abordada em contraposição à saúde física ou biológica – conforme o velho e equivocada dualismo corpo/mente –, mas como sofrimento de participantes, que em alguns casos adquire estabilidade e regularidade tal que merecerão enfoque específico (BRASIL, 2013).

A ESF deve ter o indivíduo, a família e a comunidade como principais centros norteadores dos cuidados de enfermagem, integrando de forma contínua, sistemática e holística o ser humano, abrangendo e suprimindo suas necessidades. A existência de uma relação harmoniosa entre o profissional de enfermagem e o usuário é necessária para efetividade desse cuidado, como forma de manter um vínculo profissional (SANTOS *et al.*, 2014).

Seriam, portanto ações importantes a serem desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família: realizar um acolhimento adequado, gerar um diagnóstico, criar um plano de cuidados, aplicar intervenções e avaliar os resultados; ampliando a qualidade e valorizando o trabalho do enfermeiro.

3.3 A imposição de mãos, o Reiki e os os Chakras

A cura por imposição de mãos é muito antiga, existindo várias maneiras de identificá-la: pode ser realizada por conhecimentos culturais e populares – os chamados curandeiros –, por técnicas reconhecidas e divulgadas com mais intensidade, ou por outras cujo teor científico já foi comprovado. Algumas culturas da China, Tibet, Japão, África e Índia, e povos nativos da América do Norte, utilizam técnicas de imposição de mãos há muito tempo, acreditando em suas propriedades terapêuticas (OLIVEIRA, 2013). No Brasil os rezadores e benzedoras, praticantes da cultura popular, utilizam a imposição de mãos para realizar as curas em crianças e adultos.

Imposição de mãos e transmissão de energia são citados desde antes de Cristo, e hoje temos conhecimento de técnicas como o Toque Terapêutico, *Jin Shin Jyutsu*, *Qi Gong*, *Johrei* e o *Reiki*. No Japão a imposição de mãos é algo bem natural, ela é chamada de *Te a te*.

Na Europa esta arte infelizmente se perdeu depois da Segunda Guerra Mundial (OLIVEIRA, 2013; USUI *et* PETER, 2014).

O toque terapêutico é reconhecido mundialmente e praticado por vários profissionais de enfermagem, e assim como o *Reiki*, utiliza a energia para restabelecer a saúde e prevenir agravos. A técnica foi estudada e validada por uma enfermeira, e realiza o cuidado com base em versões contemporâneas de várias práticas antigas de cura com imposição de mãos. A pesquisa de Kriger (1975-1979) demonstrou os efeitos do Toque Terapêutico sobre o sistema fisiológico humano e introduziu a noção de adestramento consciente dos planos superiores do ser como uma extensão das habilidades profissionais nas ciências médicas (KRIGER, 2000).

O *Reiki* possui uma grande quantidade de adeptos no Brasil, apesar de ser uma técnica proveniente do Japão, e apresenta alta taxa de aceitação nos serviços públicos e particulares onde é oferecido. Segundo uma pesquisa realizada em 2004 no Brasil a respeito das PICs desenvolvidas no território, a capacitação de profissionais para atuar como reikianos ocorre em seus locais de trabalho, os próprios serviços de saúde (45,22%), seguida por formação em outros centros formadores (14,35%), evidenciando que a maior parte das ações em PICs está concentrada na atenção básica (BRASIL, 2014).

O mestre japonês Dr Mikao Usui, redescobriu o sistema radicular de *Reiki* no início de 1900, através de seu estudo da antiga arte tradicional tibetana de cura e imposição de mãos. Usui instruiu o Dr. Chujiro Hayashi na utilização da técnica, que, então, ensinou Hawayo Takata. Ela trouxe *Reiki* ao Havaí e território dos Estados Unidos na década de 1940. O *Reiki* foi introduzido na Europa e no Brasil na década de 1980 (BIROCCO, 2012).

A palavra *Reiki* é composta de duas palavras japonesas o *Rei* (às vezes pensado como um ser supremo e que significa Universal) e *Ki* (que significa energia vital). O processo tem a finalidade de reestabelecer o equilíbrio energético e promover o bem estar e às vezes a recuperação de algumas doenças, cuidando integralmente do paciente (DEMIR *et al.*, 2013; OLIVEIRA, 2013; McKENZIE, 2010).

O *Reiki* é uma técnica simples e natural pela qual uma pessoa transfere Energia Vital Universal para outra por meio das mãos, com objetivos de curar, potencializar a força vital e equilibrar as energias do corpo, sendo provável um relaxamento. Essa energia de cura natural flui de modo vigoroso e concentrado pelas mãos do praticante. A imposição das mãos direciona a energia de cura para o corpo do receptor, incentivando a auto cura (OLIVEIRA, 2003; HONERVOGT, 2006; VENNELLS, 2009; FRANCO, 2011; OLIVEIRA, 2013; DEMIR *et al.*, 2013; FREITAG, 2014; SALES, 2014).

A definição de auto cura é primordial para uma compreensão entre paciente e cuidador reikiano durante a conversa prévia de ambos. Explicar que o *Reiki* sozinho não proporcionará cura pode trazer o paciente como um ser ativo e essencial para o reestabelecimento, mudando hábitos de vida e melhorando sua energia.

Segundo Freitag (2014), Demir *et al.* (2013), Oliveira (2013) e Diaz-Rodrigues (2011) o *Reiki* é capaz de ativar as glândulas, os órgãos, o sistema nervoso e imunológico, auxiliando no tratamento do estresse, depressão e ansiedade. O cuidado em saúde com a imposição das mãos é capaz de restabelecer o equilíbrio físico, mental e espiritual, trazendo benefícios que vão além do corpo físico. Ocorre uma energização do corpo, e em determinadas posições, as mãos abrangem todo o sistema de glândulas endócrinas, além de todos os órgãos internos (USUI; PETTER, 2014).

O ser humano recebe energia em vários níveis ao mesmo tempo: no nível físico, pelo calor do toque; no nível mental, pelos pensamentos ou símbolos de *Reiki*; no nível emocional, pelo amor que flui através das mãos; no nível energético, pela presença da pessoa iniciada e pela própria energia *Reiki* (USUI; PETTER, 2014).

Nos estudos verifica-se que a intervenção com *Reiki* em participantes estressados, ansiosos, fatigados, sedados ou inconscientes, durante ou após procedimentos médicos dolorosos, promove melhora (DEMIR *et al.*, 2013).

A utilização de uma terapia como o *Reiki* na assistência a participantes com ansiedade pode tanto auxiliar no complemento aos tratamentos alopáticos, como reestabelecer o bem estar com a potencialização da energia do receptor. Na atenção básica, seria importante o complemento de terapias convencionais com o *Reiki*, pois além da disponibilização de opções de tratamento ao paciente, poderia ser uma forma dos profissionais avaliarem a recuperação dos estados ansiosos ou outras situações dos pacientes sem uso de medicação.

Estudos realizados nos Estados Unidos, indicam que as Práticas Integrativas e Complementares/Medicina Complementar Alternativa (PICs/MCA), podem ser um fator que contribui para a redução dos Transtornos Mentais Comuns (TCM). As PICs/MCA representam um conjunto de intervenções que não são amplamente discutidas em escolas médicas ou que geralmente não estão disponíveis nos hospitais, ou que não estão em conformidade com os padrões da comunidade médica, mas é onde cerca de dois terços da população mundial procuram cuidados para com a sua saúde (NETO, 2008).

Oliveira (2013) explana um tratamento com *Reiki* em participantes saudáveis, sobre marcadores biológicos relacionados ao estresse, como mensuração dos níveis de imunoglobulina A (IgA) e cortisol, pressão sanguínea, tensão muscular, temperatura e

condutância da pele, além da avaliação do estado de ansiedade com testes psicológicos. Com relação à ansiedade, foi constatada redução de seus níveis após as sessões.

A nível mundial, tem havido um crescente interesse em terapia alternativa e complementar e houveram significantes estudos envolvendo a terapia *Reiki*, que foram fundamentadas na ciência e cuidados com a saúde (FREITAG *et al.*, 2015). Existem diferentes protocolos de pesquisa com tratamentos de *Reiki* em hospitais de todo o mundo. Em alguns hospitais, terapias de toque tornaram-se uma prática de enfermagem para promover o bem-estar, reduzir o estresse e aumentar relaxamento (BIROCCO, 2012). E com a explosão dos custos nos sistemas de saúde, Kesller (1998) sugere a inserção de *Reiki* nos Postos de Saúde e hospitais, por ser barato e dispensar aparelhos, laboratórios, medicamentos.

Atualmente o *Reiki* é aplicado em clínicas particulares, postos de saúde, hospitais, ocas comunitárias, associações comunitárias e universidades no Ceará, Brasil e no mundo. É praticado por profissionais e acadêmicos da saúde, facilitado por ter baixos ou inexistentes custos financeiros, pois não é dependente de cuidados de alta tecnologia (equipamentos) e pode promover o holismo na abordagem cuidar-curar na assistência ao paciente (NOGUEIRA, 2014; DEMIR *et al. apud* NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, 2013; CORDEIRO, 2013).

Hoje em dia, o *Reiki* é popular no sistema de saúde da maior parte dos países do mundo. O uso de *Reiki* tem aumentado entre enfermeiros e outros profissionais, tais como médicos, nos últimos 10 anos. Existem terapeutas que praticam esta modalidade no atendimento ao paciente em hospitais, ambientes de cuidados paliativos, serviços de emergência e psiquiátricos, asilos, salas de cirurgia, prática da família e muitos outros locais. Constata-se na literatura nacional o fato de que, mesmo sendo uma prática bastante sistematizada, ainda há poucas pesquisas feitas em Unidades Básicas de Saúde (UBASF) e Estratégias de Saúde da Família (DEMIR *et al.*, 2013; NOGUEIRA *et al.*, 2014).

O *Reiki* foi classificado como modalidade de medicina energética pelo *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), sendo oficialmente recomendado pelo *National Health Service Trusts* e pelo *The Prince of Wales's Foundation for Integrated Health* (OLIVEIRA, 2013). Como modalidade de medicina energética, o *Reiki* pode ter receptividade em alguns locais e instituições de saúde como hospitais e Postos de Saúde no futuro, mas deixa uma lacuna na possibilidade de tornar-se prática de determinadas categorias profissionais.

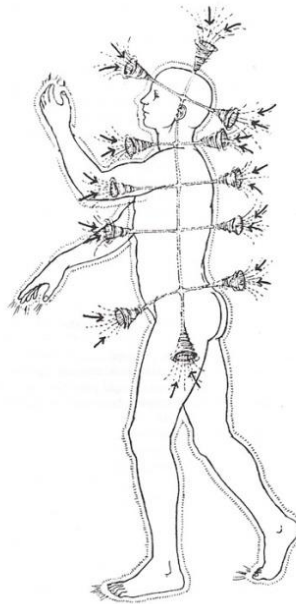
Para aplicar *Reiki* é necessário que o praticante passe por um processo de iniciação, que acontecem em níveis, respeitando determinado espaço de tempo de cada um,

realizado por um Mestre de *Reiki* (pessoa capacitada para ensinar e iniciar reikianos). Durante esta iniciação acontece uma aula teórica e um ritual no qual o aluno (futuro reikiano) passa por uma harmonização/sintonização, para capacitá-lo a captar a Energia Vital do Universo. É necessário a sintonização por um Mestre de *Reiki*, pois somente assim há formação de um reikiano. Todos os Reikianos são orientados a seguir cinco princípios do *Reiki* (ANEXO C), para harmonizar diariamente (NOGUEIRA *et al.*, 2014; OLIVEIRA, 2013; McKENZIE, 2010; JUNIOR, 2006).

São três os níveis de *Reiki* (I,II,III). No nível I, chamado o despertar, o reikiano é apresentado a história da terapia *reiki* e recebe um símbolo, chamado *CHO KU REI*, capaz de ativar a energia. No nível II, chamado a transformação, o reikiano aprende a enviar *Reiki* a distância e preparar envio a distância de seus projetos pessoais e comunitários, recebe mais dois símbolos de *Reiki*, o *SEI HE KU* e *HON SHA ZE SHO NEN*. No nível III há uma divisão de em dois níveis (IIIA e IIIB), no nível IIIA, chamado mestre de si, o reikiano aprende a ser mais flexível diante das adversidades da vida, recebe os mesmos símbolos de *Reiki* dos níveis anteriores. No nível IIIB, chamado mestre professor, o reikiano aprende a iniciar novos reikianos e recebe os símbolos dos níveis anteriores e os símbolos que o mestre utiliza para as iniciações *DAI KOO MIO*, *RACU* e *SERPENTE DE FOGO*. É necessário que haja um espaçamento entre as iniciações, que depende da decisão do mestre ao avaliar seu aprendiz, e a formação do terapeuta pode demorar cerca de dois anos ou mais (CORDEIRO, 2013).

Devido a diversificação e liberdade dos mestres em elaborar uma apostila para capacitar novos reikianos, percebe-se mudanças em rituais de iniciação desde a descoberta do *Reiki* pelo mestre Mikao Usui, mas as aulas frequentemente abordam o conhecimento dos *chakras* e sua importância durante a aplicação da terapia. A maioria dos reikianos realiza a aplicação do *Reiki* nestes centros energéticos do corpo chamados *chakras* (Figura 1), que possuem uma ligação às glândulas, órgãos, vísceras e com o SNA (Figura 2).

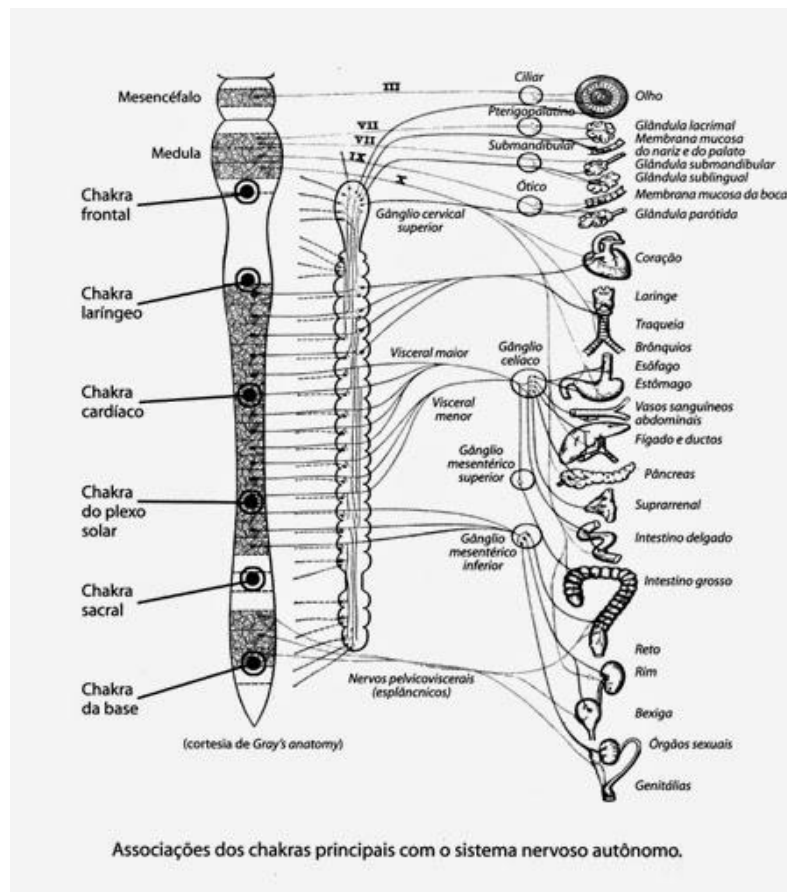
Figura 1 – Os sete *chakras* principais



Os sete chakras maiores, vistos de frente e de costas (diagnóstico por imagem)

Fonte: Brennan (2006)

Figura 2 – Associação dos *Chakras* com o sistema nervoso autônomo



Fonte: Cross; Charman (2006)

Os *chakras* – palavra que significa roda em sânscrito – são parecidos com vórtices, e representam uma caracterização arquetípica do amadurecimento individual através de sete estados distintos. Existem sete *chakras* principais que são alinhados verticalmente, da base do tronco ao topo da cabeça, sugerindo que ascendemos rumo ao divino dominando gradualmente a atração sedutora do mundo físico. Cada um tem uma cor, uma relação com um elemento, com a manutenção de funções físicas e emocionais específicas, e está ligado a uma glândula endócrina e um plexo nervoso principal. Eles absorvem energia universal primária (*Qi, orgone, prana, etc.*), decompõe-na e mandam-na ao longo de rios de energia chamados *nadis*, para o sistema nervoso, glândulas endócrinas e sangue, a fim de alimentar o corpo (McKENZIE, 2010; BRENNAN, 2006; MYSS, 2000).

Existem grandes e pequenos *chakras* espalhados no corpo, dentre eles os que estão nas mãos e nos pés e aqueles denominados principais. O *chakra* mais baixo, chamado *chakra* da raiz, fica perto do cóccix. O segundo *chakra*, chamado *chakra* sacral ou esplêncio, situa-se logo abaixo do umbigo ou próximo ao baço. O terceiro *chakra*, o do plexo solar situa-se na metade superior do abdômem, abaixo da ponta do esterno. O quarto, também conhecido como *chakra* do coração, pode ser encontrado na parte média do esterno, diretamente sobre o coração ou timo. O quinto *chakra*, o da garganta, localiza-se no pescoço, próximo ao pomo de Adão (diretamente sobre a tireóide e laringe). O sexto *chakra*, o da testa, chamado de terceiro olho, ou anja, situa-se na parte média da fronte, ligeiramente acima do cavalete do nariz. O sétimo *chakra* está localizado no alto da cabeça (GERBER, 2007).

Existe também uma representação dos *chakras* do corpo nos pés. O *chakra* de base está em direção à parte posterior do osso calcâneo do calcanhar, relacionando-se às gônadas (testículos e ovários). O *chakra* sacral é onde os ossos calcâneo e navicular se encontram, e se relaciona com as glândulas suprarenais. O *chakra* do plexo solar está na parte posterior do osso cuneiforme e se relaciona com o pâncreas. O *chakra* do coração está no centro do metatarso e tem relação com a glândula do timo. O *chakra* da garganta fica entre as falanges (ossos dos artelhos) e o metatarso e tem relação com as glândulas da tireóide e paratireóide. O *chakra* da testa está onde a primeira e a segunda falange se tocam, e associa-se à glândula pituitária. O *chakra* da coroa está no topo da primeira falange (dedão), relacionando-se com a glândula pineal (MERCIER, 2014).

O sistema de *chakras* representa uma importante fonte de alimento energético para o corpo, sua perfeita organização representa vitalidade, o equilíbrio mental e emocional, a ligação com a espiritualidade e a terra. A energia é muito importante para a atividade saudável do campo áurico e do corpo físico. Se um *chakra* para de funcionar de modo

apropriado, a absorção de energia será perturbada, significando que células e órgãos do corpo servidos por este *chakra* não vão receber o suprimento energético necessário. Se esta disfunção do *chakra* prossegue, o funcionamento normal dos órgãos e de outras partes do corpo será prejudicado (GERBER, 2007; BRENNAN, 2006a).

Por este motivo o reikiano energiza estes centros energéticos durante a intervenção com *Reiki*, uma vez que reestabelecer o funcionamento de cada *chakra* e seu fluxo energético é um importante caminho para promover saúde, levando em consideração sua interligação células, órgãos, vísceras e sistema nervoso.

Quando a energia se desloca através de áreas que oferecem resistência, são produzidos luz e calor, tal qual acender uma lâmpada elétrica comum. Os bloqueios no nível dos *chakras* são áreas que oferecem maior resistência ao fluxo da energia e que precisam ser purificadas para liberar o percurso da corrente no circuito e alcançar o *chakra* da coroa (GERBER, 2007).

A importância do conhecimento sobre *chakras* e sua agregação à atividade do reikiano representa uma maior possibilidade de sucesso na realização da terapia *Reiki*. Seria como reabastecer o corpo, alimentá-lo com energia, promovendo sensações de bem estar no paciente que vão além do corpo físico.

Atualmente, não há licenciamento para exercer a atividade com *Reiki*, provavelmente por seu baixo risco aparente durante a aplicação. Os efeitos adversos não aparecem e não há registro de relatos com gravidade durante e após aplicações, confirmando sua segurança (DEMIR *et al. apud* LEE *et al.*, 2013).

O *Reiki* é uma técnica de domínio público, podendo ser praticada por pessoas de várias idades, vislumbrando a sua capacidade de auto cuidado que é ensinada a partir do Nível I, no qual o próprio terapeuta busca cuidar de si para preparar-se para o cuidado do outro. O profissional de enfermagem pode se apropriar desta técnica como experiência de tecnologia aplicada a sua prática profissional, promovendo o cuidado e reestabelecendo o bem estar físico, mental, emocional e espiritual, desenvolvendo uma Cultura de Paz.

3.4 O aparelho de *biofeedback* - *cardioEmotion*® e a Coerência Cardíaca

Considerando as reações neurofisiológicas presentes nas pessoas diante das adversidades, consequência de emoções variadas como o estresse e a ansiedade, buscou-se a utilização de um aparelho capaz de avaliar a eficácia do cuidado aplicado, comparando o antes e o depois da intervenção. Foram utilizados neste aparelho os parâmetros de equilíbrio

físico e emocional, o estado de coerência cardíaca, e como desequilíbrio, o estado de não coerência cardíaca.

O *biofeedback* de variabilidade de frequência cardíaca (VFC), conhecido como HRV (*Heart Rate Variability*) *biofeedback*, utilizado neste estudo representa, segundo Lantyer (2013) *appud* Paul *et* Garg (2012), um dos mais confiáveis para a medição de parâmetros relativos ao funcionamento do sistema nervoso autônomo.

No manual do fabricante existe a seguinte explicação: o aparelho *cardioEmotion*®, é capaz de realizar uma técnica de automodulação fisiológica mediada pela ressonância entre dois mecanismos de regulação cardiovasculares: o reflexo barorreceptor e a arritmia sinusal respiratória gerando um gráfico (NPT-NEUROPSICOTRÔNICS LTDA, 2014b).

O reflexo barorreceptor é um dos mais importantes reflexos nervosos para o controle a curto prazo da pressão arterial. A arritmia sinusal respiratória (ARS) é um fenômeno cardiorrespiratório caracterizado pela flutuação em fase da frequência cardíaca (FC) com a inspiração e expiração (GUYTON, 2008; LATARO, 2013).

Sensor de batimento cardíaco auricular ou digital (fotoplestimo gráfico) é constituído por um transdutor foto emissor e fotorreceptor de luz infravermelha que opera por foto emissão/foto recepção de radiação na região espectral do infravermelho de 800 a 1000 nm, preferivelmente com comprimento de onda médio próximo a 940 nm de baixa potência, por transmitância. O transdutor fica acoplado junto à pele do lobo da orelha ou do dedo do sujeito por meio de um clipe ou qualquer outro modo de fixação não invasivo.

A luz emitida pelo foto emissor é parcialmente absorvida pelas hemoglobinas saturadas, insaturadas e outros componentes circulantes do sangue nos vasos sanguíneos periféricos e, transformada em medidas de absorbância pela Lei de Bier-Lambert. A absorção da radiação infravermelha é proporcional ao volume de hemoglobinas saturadas e insaturadas e outros componentes circulantes do sangue, desta maneira monitorando a frequência cardíaca. O sujeito após conectar-se ao sensor, inicializa um programa de aquisição de sinais. Os dados correspondentes à emissão/absorção de luz são transduzidos no sensor na forma de variação de corrente elétrica e enviados a um sistema de processamento de sinais analógicos.

O módulo USB, onde o sensor é conectado, é composto por elementos da eletrônica e microeletrônica, como filtros passa bandas alta e baixa, amplificadores, sistema microprocessado para conversão AD (analógico/digital) e comunicação com PC, sendo que os elementos de eletrônica podem ser individuais, montados em placa de circuito impresso ou integrados em um único ou mais componentes, na forma de microprocessadores.

O método de cálculo do programa *cardioEmotion Home* utiliza Transformada Rápida de Fourier (FFT) e é feito seguindo o método descrito em *Circulation* 1996;93:1043-1065 (Task Force of the European Society of Cardiology the North American Society of Pacing Electrophysiology - 1996) para a determinação da distribuição do espectro de densidade de potencia (PSD).

(1) Patente de Invenção PI 1107136, “Aparelho e método para a obtenção e manutenção do estado de ressonância cardiorrespiratória de modo maximizado”, NPT – Neuropsicotronics Ltda.

As explicações fornecidas por Marco Fábio Colgi - NPT – Neuropsicotronics Ltda, por e-mail (COLGI, 2016).

O treinamento com *biofeedback* tem apresentado resultados promissores como terapia complementar em diferentes transtornos, com redução significativa nas escalas de ansiedade e depressão, seja quando essas patologias apresentam-se como queixa única ou como comorbidade em outros transtornos (GOMES *et al.*, 2014). Sua utilização deveu-se a capacidade de verificar os estados tensionais e de equilíbrio.

Estados de ansiedade estimulam psiquicamente o córtex cerebral e podem modificar a respiração. Muitas vezes, podem causar hiperventilação muito intensa, em certos casos de tal intensidade que os líquidos corporais ficam alcalóticos pela eliminação de quantidades exageradas de gás carbônico (GUYTON, 2008).

A respiração é uma ação fisiológica afetada por emoções, chegando a sofrer alterações significativas que desencadeiam uma série de modificações em outros sistemas do corpo, mais especificamente no cardiológico, e conseqüentemente nos órgãos e vísceras. Esta ligação do reflexo barorreceptor e da arritmia sinusal respiratória avalia perfeitamente o estado emocional das pessoas. Para curar ou melhorar os estados fisiológicos provocados pela ansiedade é necessário acalmar a agitação interna e deixar fluir a tranquilidade.

Emoções reprimidas, numa busca incessante por expressão, provocam incômodas sensações no corpo. Dahlke e Neuman (2009) explicam que emoção vem da palavra *emovere*, significando conteúdos que querem vir a luz. A expressão das próprias emoções é um ótimo processo de cura, pressuposto para poder alcançar os âmbitos psíquicos, que pode ser auxiliado por respirações profundas. Ao respirar profundamente, ocorre um melhor acesso ao mundo dos sentimentos. Respirar une todas as instâncias de nosso ser e atinge as regiões bloqueadas, fazendo-as fluir novamente.

O *cardioEmotion*®, após o monitoramento, cria um gráfico que apresenta algumas informações que definem o estado de equilíbrio ou desequilíbrio experimentado pela pessoa que o está utilizando.

Os dados impressos em gráficos do *cardioEmotion*® possuem o seguinte significado: nota, calculada em função do tempo em que a pessoa passa no estado de coerência cardíaca, e varia de 0 a 10 - quanto mais tempo ela passa em coerência cardíaca (cor verde) maior será a nota; se ela não entra em coerência em tempo algum, a nota é zero - refletindo diretamente a quantidade de tempo que o paciente passará em coerência cardíaca; a frequência cardíaca, que é a quantidade de vezes que o coração bate por minuto; o estado de coerência cardíaca, representando o tempo que o paciente permaneceu no estágio de cor verde, considerando que o estágio vermelho significa estado caótico (não está em coerência

cardíaca) e o estágio azul significa quase coerência cardíaca; a respiração, que é um facilitador de entrada em coerência cardíaca para o qual o aparelho apresenta ajustes nas frequências A, B, C, D e E; o nível, que é um parâmetro para utilização dos jogos do *biofeedback*, que seriam: fácil, médio e difícil; e o tempo, referindo-se ao período em que o aparelho capta os dados no monitoramento, desligando automaticamente logo após o término do tempo selecionado (NPT-NEUROPSICOTRÔNICS LTDA, 2014).

Coerência cardíaca é um estado onde a variabilidade da frequência cardíaca (VFC) é máxima e se dá perto de 0,1 hertz no espectro de densidade de potência da frequência cardíaca. Esta frequência é obtida quando ocorre o acoplamento e ressonância do sistema cardiorrespiratório. O estresse, ansiedade, depressão e outros transtornos tem relação com a depressão no VFC, devido ao desequilíbrio do sistema nervoso autônomo simpático-vagal (NPT-NEUROPSICOTRÔNICS LTDA, 2014).

Ao atingir a coerência cardíaca, um estado em que a mente, o corpo e as emoções entram em harmonia fisiológica (NPT-NEUROPSICOTRÔNICS LTDA, 2014), é possível comprovar uma melhora nas emoções e conseqüente influência no SNA (redução de estímulo), com ampliação da variabilidade da frequência cardíaca devido à estimulação parassimpática.

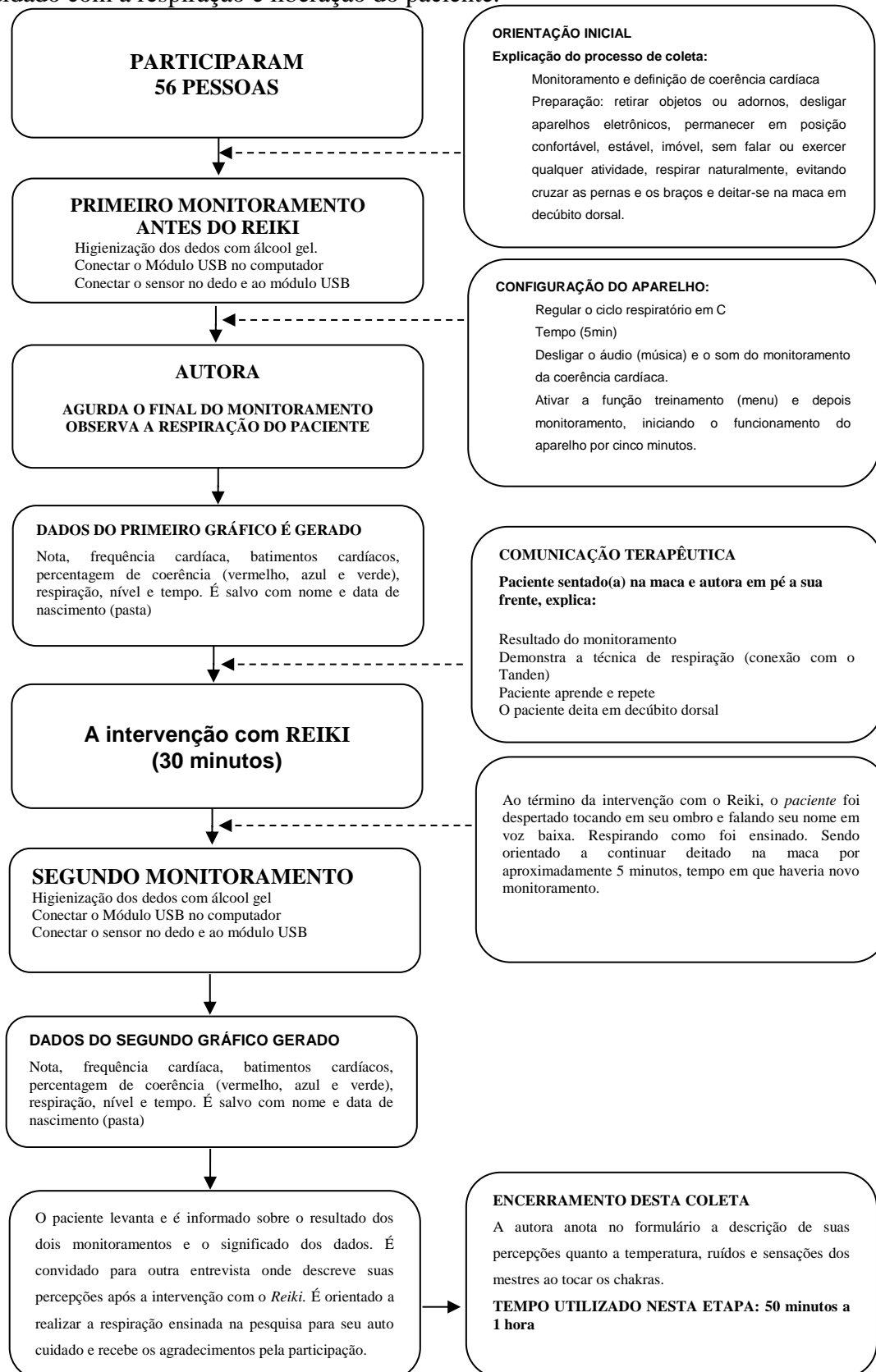
4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Este estudo se caracteriza quanto á abordagem como uma pesquisa quantitativa de intervenção do tipo antes e depois, por tratar-se de um modelo quase experimental que envolve dois ou mais grupos de sujeitos observados antes e depois da implementação de uma intervenção (POLIT; BECK, 2011). Do ponto de vista dos objetivos é uma pesquisa descritiva (objetiva descrever as características de certa população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre variáveis); envolve técnicas de coleta de dados padronizadas (questionário, observação); assume em geral a forma de levantamento (GIL, 2008).

A intervenção com *Reiki* em pacientes com ansiedade foi realizada pela autora, focando nos pacientes identificados após triagem, sendo estes os protagonistas do processo de autocuidado e na essência de suas experiências de vida.

Figura 3 – Quinta Etapa - Fase B - estabelecimento da conexão com o paciente, monitoramento com *cardioEmotion*®, aplicação do cuidado com *Reiki*, orientação para auto cuidado com a respiração e liberação do paciente.



Fonte: adaptação de Oppa (2013).

4.1.1 Etapas do Estudo

Seguiram-se as seguintes etapas: Etapa 1 – Questão inicial (hipótese); Etapa 2 – Exploração - Leituras e teste com o aparelho de *biofeedback* (*cardioEmotion*®); Etapa 3 – Problemática; Etapa 4 – Construção de um modelo de análise; Etapa 5 – Coleta de dados (Fase A - encontro com o participante durante a triagem, conhecendo suas características definidoras de ansiedade e percepção de saúde; Fase B – estabelecimento da conexão com o paciente, monitoramento com *cardioEmotion*®, aplicação do cuidado com *Reiki*, orientação para auto cuidado com a respiração e liberação do paciente); Etapa 6 – Análise das informações; Etapa 7 – Conclusões (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Figura 4 - Etapas da Pesquisa



Fonte: adaptação de Gerhardt e Silveira (2009).

Durante a Etapa 2 (Exploração), foram realizados alguns testes com o aparelho em oito voluntários, e constatou-se que somente o *Reiki*, em uma sessão, não conseguia promover a melhora da coerência cardíaca, avaliada pelo aparelho *cardioEmotion*®. Considerando esta

descoberta prévia, foram pesquisados artigos científicos e livros, buscando a quantidade de aplicações de *Reiki* necessárias para obter resultados satisfatórios, tendo em vista que neste estudo, o *Reiki* seria aplicado somente uma vez. De'Carli (2006), Nascimento (2014) e Oliveira (2014) sugeriram em seus estudos que o número de sessões de *Reiki* para um tratamento completo deve ser no mínimo de três a oito sessões.

Outra questão levantada foi a de que participantes com estresse e ansiedade geralmente possuem alterações na frequência cardiorrespiratória (respiração curta e torácica). A ativação simpática desencadeia respostas fisiológicas de reação, que provocam aceleração do batimento cardíaco por ativação do SNA (LANTYER, 2013; KRIGER, 2000). De acordo com DAHLKE (2009), a respiração se aprofunda em momentos de forte emoção, ao passo que em tempos de grande descontração ela flui suave e tranquila.

Por este motivo, decidiu-se ensinar a técnica de respiração como cuidado ao paciente, seguindo o que afirma DAHLKE (2009), pois a respiração e a consciência representam o remédio interior de cada pessoa.

O ensino da respiração foi uma adaptação da técnica (APÊNDICE E) que tem uma conexão com o *Tanden*¹ (centro de energia) utilizado na prática do mestre Mikao Usui (criador do *Reiki*).

Tendo em vista a interdependência de técnicas que ocorreram durante a intervenção com o *Reiki*, como a meditação (relaxamento), o equilíbrio de *chakras*, aromaterapia e a musicoterapia, foi realizada uma análise e avaliação do conjunto completo para conhecer a performance com apenas uma sessão.

4.2 Local e período de estudo

O cenário da pesquisa foi um consultório localizado na Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) Pedro Celestino Romero, na Coordenadoria Regional V (CORES V) da Prefeitura Municipal de Fortaleza, no bairro do Mondubim, em Fortaleza, estado do Ceará.

4.2.1 Cenário do Estudo

A sala esteve sempre preparada para o acolhimento do participante. Música ambiente, instrumental do CD Sinfonia do Espírito, composta pelo musicoterapeuta cearense

¹ Tanden é o centro do corpo, a sede da vitalidade da pessoa. Situa-se dois a três dedos abaixo do umbigo (PETTER, 1999).

Francisco Nunes, aroma de olíbano, luz ambiente cor verde ou lilás na penumbra. Cada elemento da ambientação tem significado relacionado ao objeto de estudo: a música instrumental proporciona ativação do sistema límbico local das emoções, o aroma diminui tensões e medo, as cores proporcionam respectivamente a ativação do *chakra* do coração e coronário, amor e espiritualidade.

O atendimento ocorreu no mesmo consultório que a autora utiliza há nove anos, de número um, com área de 16m² aproximadamente, o qual possui decoração com ambientação diversificada, para promover acolhimento e sensação de tranquilidade às pessoas que entram. Este consultório fica localizado logo no início do Posto de Saúde (próximo ao núcleo de atendimento ao cliente, estacionamento e coordenação), capta toda a movimentação e sons de um local onde circulam várias pessoas, as conversas, portas batendo, veículos que trafegam na rua dentre outros barulho de um ambiente de trabalho.

Foi disposto e organizado todo o material utilizado (computador, *cardioEmotion*®, pastas com instrumentos de coleta e TCLE (APÊNDICE A), caixa para acondicionamento do aparelho *cardioEmotion*®, aromatizador, essência de olíbano, papel lençol, álcool, algodão, biombo), procurando garantir a privacidade, conforto do participante e organização da intervenção.

Ao entrar no ambiente do consultório, preparado para o bem estar, os participantes relatavam a diferença dos outros locais de atendimento - cheiro, o silêncio, a harmonia - e até comentavam da energia diferente no espaço. É possível que, se os outros consultórios tivessem tal organização, houvessem comentários mais agradáveis por parte dos pacientes.

4.2.2 Caracterização do Território

A Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) Pedro Celestino Romero, está situada no bairro do Mondubim, vinculado a Coordenadoria Regional V(CORES V), da Prefeitura Municipal de Fortaleza, e atende aos bairros de Jardim Cearense, Mondubim e Maraponga.

Foi construído em 1994, e desde sua fundação atendia a população como unidade de atenção básica de saúde até agosto de 2006, quando foi implantada a Estratégia Saúde da Família, inicialmente com três equipes compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, dentistas e técnicos em saúde bucal. Em 2012, uma nova equipe foi adicionada, ampliando a cobertura na área.

Possui uma extensa área em fronteira com o bairro da Parangaba, Itaperi, Sítio Córrego, Grande Mondubim e Vila Manoel Sátiro. Atende uma população estimada em cerca de 52 mil pessoas, com grande concentração da classe média alta, sendo possível observar na região o contraste existente com casas de luxo e favelas dividindo o mesmo quarteirão. Possui atualmente quatro equipes de saúde da família, sendo a equipe 565 a responsável por desenvolver a atividade exposta nesta proposta de desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Na equipe 565, existia, até novembro de 2015, uma estimativa de 10.109 pessoas, cerca 2.592 famílias, sendo necessários 11 ACS mas tendo apenas 4 ACS em atuação. A área é uma das mais violentas e carentes do bairro, ocorrendo assaltos e crimes a qualquer hora do dia e da noite. Em 2015, um mapa da Coordenadoria de Medicina Legal do Ceará (ANEXO F) apontava que os bairros Maraponga e Mondubim, somavam mais homicídios que o bairro Bom Jardim (primeiro em homicídios).

A população da equipe 565 tem baixo poder aquisitivo e possui a maior quantidade de bolsa família cadastrada e atendida. Existe intensa área de tráfico e uso de drogas, os usuários as consomem em plena luz do dia e podem ser observados durante as visitas domiciliares. Não há saneamento básico, áreas de lazer e praças públicas. Há um campo de futebol dentro de uma comunidade carente, constituindo este a única área de lazer disponível.

Existem várias templos religiosos (uma igreja católica e várias evangélicas). A igreja católica é nosso principal equipamento social, para atividades como vacinação, ações educativas e atendimentos médico e de enfermagem.

Durante o período de coleta de dados ocorreu uma divisão da área de abrangência da equipe 565, cuja enfermeira é responsável por este estudo. Metade da área foi dividida com o Posto de Saúde Francisco Monteiro (Chico Passeata), situado no bairro de Dendê, da Coordenadoria Regional IV (CORES IV). A população foi reduzida para 5.489 pessoas, sendo cerca de 1.524 famílias. A área mais violenta e carente foi remanejada para o Posto Francisco Monteiro, juntamente com uma das ACS que desejou ser transferida. A redução da área trouxe mudanças no atendimento na ESF e desenvolvimento das PICs, devido à falta de encaminhamento do médico, que foi transferido, mudança na demanda espontânea e a criação de novos cronogramas das equipes.

4.3 População e amostra

4.3.1 Cálculo do tamanho da amostra

A amostra foi dimensionada para proporcionar um poder de 90% ao demonstrar o benefício do *Reiki* em indivíduos com ansiedade, ao nível de significância de 5%, tomando-se como base a melhora da coerência cardíaca avaliada pelo equipamento *cardioEmotion®*, uma medida da efetividade do *Reiki*, que foi definida como desfecho primário. Para tanto, estabeleceu-se que uma diferença de 2,44 pontos na nota da coerência cardíaca que deveria ser medida antes e após a intervenção com *Reiki*, ou seja, a intervenção aumentaria a nota da coerência cardíaca em pelo menos 2,44 pontos, considerando um desvio padrão de 4,0 pontos. O tamanho da amostra foi, então, calculado conforme a seguinte expressão:

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{\alpha} + z_{1-\beta})^2}{\delta^2}$$

Onde δ e σ são iguais à média e ao desvio padrão, respectivamente, da diferença entre a nota da coerência cardíaca verificada antes e após a intervenção com o *Reiki*, e z_{α} e $z_{1-\beta}$ correspondem ao valor da variável normal padronizada (z), associada, respectivamente, ao nível de significância (5%; $z=1,96$) e ao poder do estudo (90%; $z=1,28$) adotados.

Assim, para que os requisitos anteriormente descritos sejam satisfeitos, o tamanho da amostra foi calculado em 57 participantes.

A amostra final foi constituída de 56 pacientes atendidos em consultas de enfermagem que participaram de monitoramento com aparelho de biofeedback antes e depois da intervenção com *Reiki*.

4.4 Instrumentos de Coleta de dados

4.4.1 Formulário de identificação e triagem

Ao utilizar a entrevista estruturada, desenvolveu-se uma relação fixa de perguntas, cuja ordem e redação permaneceram invariáveis para todos os entrevistados, o que possibilitou o tratamento quantitativo dos dados, já que as respostas obtidas são padronizadas (GIL, 2008).

A coleta de dados foi iniciada no período da triagem, onde foram coletados dados a respeito das questões socioeconômicas e características definidoras de ansiedade. As questões fechadas referiam-se à identificação, caracterização sociodemográfica do paciente e à triagem para ansiedade, sendo uma questão aberta relacionadas à percepção de saúde (APÊNDICE B).

4.4.2 *Formulário para a descrição de respostas do paciente a serem coletadas antes e após a intervenção com o Reiki*

Em seguida foi aplicado outro instrumento para entrevista, com perguntas abertas e fechadas sobre a descrição das respostas do paciente antes e após a intervenção com o *Reiki* (APÊNDICE C).

4.4.3 *Diário de Campo*

Como as entrevistas não possibilitam a análise dos fatos com maior profundidade, posto que as informações sejam obtidas a partir de uma lista prefixada de perguntas (GIL, 2008), foi adotado um diário de campo, onde se anotou os acontecimentos pertinentes à pesquisa que não foram contemplados nos instrumentos pré-elaborados para coleta de dados, sendo utilizado na análise dos dados.

Na observação simples, com registro no diário de campo, a autora permaneceu alheia a situações e observou de maneira espontânea como os fatos ocorreram (GIL, 2008).

4.4.4 *Aparelho de Biofeedback - cardioEmotion®*

O quarto instrumento, chamado *cardioEmotion®*, é um aparelho de *biofeedback* com licença de uso para este estudo (ANEXO B). Este aparelho foi validado de três formas: 1) ECG *Holter* 24 horas (BI9800TL *Holter Recorder*, da *Biomedical Instrument Co. Ltda.*); 2) Com um programa de HRV americano; 3) Com dados e simulações do *Massachusetts Institute of Technology* (MIT) - USA (NPT-NEUROPSICOTRONICS, 2015b).

4.4.5 Câmera fotográfica

Foram fotografadas pela autora algumas etapas da pesquisa, que servirão para identificar e evidenciar a autora em sua atuação durante a intervenção com *Reiki*, assim como a dinâmica utilizada em cada paciente. O material fotografado será utilizado para descrever com fidedignidade os atendimentos e comprovar com registro visual a realização das etapas da pesquisa.

4.5 Período de Coleta de dados

Todo o período de coleta de dados ocorreu durante dezessete semanas, incluindo a triagem e intervenção do cuidado com *Reiki*. A primeira etapa da pesquisa selecionou a amostra, ao conhecer os participantes que obtiveram na entrevista no mínimo cinco características definidoras para ansiedade (APÊNDICE B), obedecendo os critérios de inclusão, exclusão e recusa (Figura 3).

Critério de Inclusão: indivíduos usuários dos serviços do Posto de Saúde Pedro Celestino Romero com faixa etária acima de 18 anos. Indivíduos submetidos a triagem com o formulário, no qual o participante obteve na entrevista no mínimo cinco características definidoras para ansiedade. **Critério de Exclusão:** indivíduos usuários dos serviços do Posto de Saúde Pedro Celestino Romero com faixa etária abaixo de 18 anos. Indivíduos submetidos a triagem com o formulário, no qual o paciente não obteve na entrevista no mínimo cinco características definidoras para ansiedade. **Critérios de retirada:** Indivíduos que faltarem no dia que foi agendado sua intervenção com *Reiki*, não esperaram seu atendimento no dia agendado ou aqueles que recusarem participar do estudo no momento da aplicação.

Na reunião no dia 23 de setembro de 2015 do Conselho Local de Saúde, do qual a autora faz parte como representante dos profissionais de saúde, a mesma apresentou a pesquisa e convidou a comunidade por meio dos conselheiros.

4.5.1 Triagem 2

Na quinta etapa – Fase A (Figura 5) – a autora convidou os participantes abordados em sala de espera, encaminhados de consultas por outros profissionais e por agente

² Triagem – pesquisa ativa, em uma população, de sinais de doença latente, geralmente por meio de métodos simples e baratos. DICIONÁRIO de enfermagem. p. 891

comunitário de saúde (ACS). Ocorreu mobilização para adesão ao estudo; explicação sobre a pesquisa e seus desdobramentos, quanto aos riscos, benefícios e a garantia de sigilo sobre os resultados individuais; esclarecimento aos clientes sobre a terapia *Reiki*, expondo sua definição, benefícios, modo de intervenção e o tempo de duração; e finalmente a utilização do aparelho chamado *cardioEmotion*®, juntamente com a explicação sobre suas características, finalidades na pesquisa e inocuidade.

Após esta exposição, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Após a assinatura do termo, seguiu-se a entrevista com o instrumento de identificação e triagem para ansiedade (APÊNDICE B).

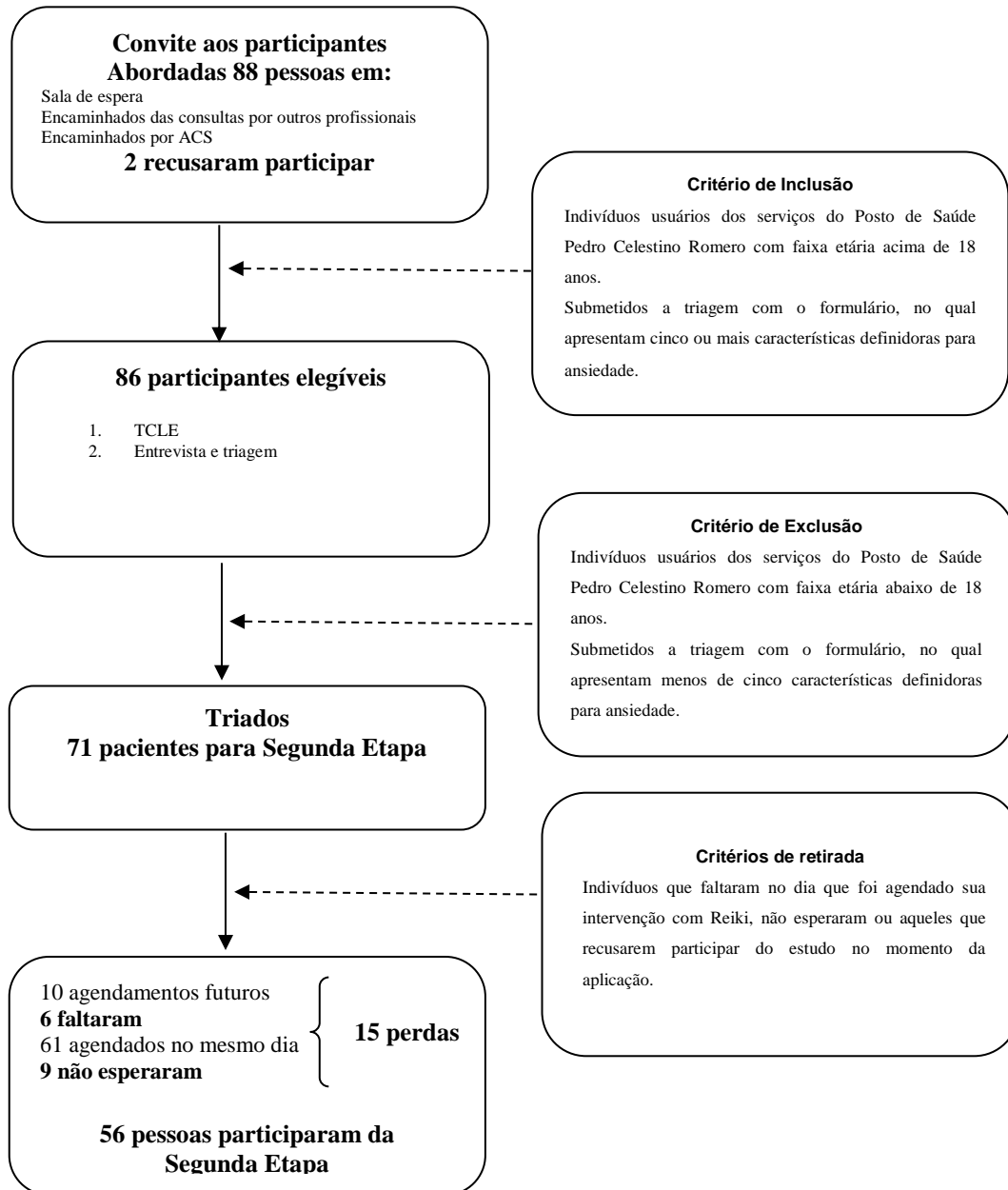
Foram convidadas 88 pessoas, dentre as quais duas mulheres que estavam na sala de espera recusaram participar da pesquisa, pois estavam acompanhando um parente que já estava em atendimento e achavam que não daria tempo responder as perguntas no consultório, alegaram também que o paciente poderia sair e não encontrá-las gerando aborrecimentos ao mesmo.

A triagem foi apoiada na presença de cinco ou mais sintomas (CHIAVERINI, 2011), das características definidoras citadas na NANDA Internacional (2013), ocorrendo a validação da participação do entrevistado por parte da autora, norteando os critérios de inclusão do mesmo como paciente.

Essa ação resultou na tentativa de aliar as inúmeras queixas apresentadas pelas pessoas atendidas em torno de um instrumento com as características definidoras para ansiedade (APÊNDICE B), capaz de apontar resultados confiáveis nas práticas de cuidado à saúde na atenção básica. Este instrumento, validado por uma enfermeira (BERGAMASCO, 2004), foi selecionado para esse estudo com a finalidade de apontar resultados confiáveis nas práticas de cuidado à saúde na atenção básica. Além disso, esse instrumental favoreceu a elaboração de processos interativos com os participantes.

Nesta etapa, os 86 participantes tornaram-se aptos ou inaptos para seguir para a próxima etapa, ou seja, aqueles triados com características definidoras para ansiedade seguiram para a segunda etapa da pesquisa, e os que apresentavam menos de cinco características definidoras para ansiedade foram dispensados com agradecimento. Nesta etapa foram identificados 71 pacientes e 15 foram dispensados, conforme a Figura 3.

Figura 5 – Quinta Etapa Fase A – encontro com o participante durante a triagem, conhecendo suas características definidoras de ansiedade e percepção de saúde.



Fonte: adaptação de Oppa (2013).

4.5.2 Intervenção com Reiki

Na quinta etapa – Fase B (Figura 4) – nesta etapa a autora realizou a aplicação de *Reiki* sozinha durante o primeiro mês de coleta de dados, nos três meses seguintes convidou duas mestras de *Reiki*, também funcionárias do Posto de Saúde, uma enfermeira e uma agente

comunitária de saúde que atuaram em conjunto durante as aplicações. Cada terapeuta tocava determinados *chakras*, definidos previamente e informariam as sensações percebidas à autora no final do atendimento.

Tornaram-se elegíveis para receber *Reiki* e o monitoramento com o aparelho *cardioEmotion*® 71 pacientes. Durante a triagem, eles eram informados que o atendimento demoraria cerca de 40 minutos a 1 hora, escolhendo aguardar ou comparecer outro dia. Todos foram agendados para receber *Reiki*. Foram realizados 10 agendamentos futuros; seis faltaram e daqueles que foram triados e agendados no mesmo dia, 9 não esperaram o atendimento. Ao final de todo este processo de agendamento, 56 pacientes receberam *Reiki* e o monitoramento na segunda fase.

O paciente era informado de que seu estado de coerência cardíaca seria avaliado pelo aparelho *cardioEmotion*®, procedeu-se a explicação do que seria a coerência cardíaca de modo compreensível, sem termos técnicos trazidos pela empresa fabricante. A explicação foi a seguinte: “o aparelho que vou utilizar faz uma avaliação de sua frequência cardíaca, emoções e respiração dando uma nota. Quanto menor esta nota maior será o desequilíbrio e a ansiedade”.

A autora adotou alguns procedimentos na preparação do paciente, orientando-o a retirar objetos ou adornos, desligar aparelhos eletrônicos, permanecer em posição confortável, estável, imóvel, sem falar ou exercer qualquer atividade, respirar naturalmente, evitando cruzar as pernas e os braços e deitar-se na maca em decúbito dorsal. Foi feita a higienização de um dos dedos mínimos do paciente com álcool gel, para evitar contaminação entre participantes, e foi feita a secagem com papel toalha. O paciente foi conectado por meio de um sensor (acoplado ao dedo mínimo). O sensor é inócuo e não transmitiu estímulos de nenhuma forma de energia elétrica ao paciente. Foi testado em fevereiro de 2015, na própria autora, que utilizou o aparelho para uso pessoal e em oito voluntários em monitoramento, com duração de cinco minutos por pessoa.

Ao acoplar o sensor no dedo mínimo do voluntário, a recomendação da *NPT-Neuropsicotrônicos* LTDA (2014a) é de certificar-se se o fio do sensor está bem fixo no módulo USB e este bem plugado ao computador (demonstrando perfeito funcionamento). Depois disso o programa do *cardioEmotion*® foi ligado e assim era iniciada a configuração a ser usada em todos os participantes. A configuração era a seguinte: regular o ciclo respiratório em C, o tempo (5min), desligar o áudio (música) e desligar o som do monitoramento da coerência cardíaca. Em seguida foi ativada a função treinamento (menu) e depois monitoramento, iniciando o funcionamento do aparelho por cinco minutos.

Durante este monitoramento, a autora observou a respiração do paciente, para avaliar características de tensão neste parâmetro. Após este período, foi gerado um gráfico de monitoramento inicial, com os seguintes resultados: nota, frequência cardíaca, batimentos cardíacos, percentagem de coerência (vermelho, azul e verde), respiração, nível e tempo, sendo o conteúdo do gráfico interpretado de acordo com informações previamente citadas neste trabalho.

Desses dados, foram utilizados para análise nota, frequência cardíaca média, percentagem de coerência (vermelho, azul e verde), respiração e tempo. O nível será excluído por falta de adequação aos objetivos da pesquisa. Segundo COLGHI (2015b), a maioria das pessoas entra em coerência cardíaca respirando na frequência "C", portanto esta foi a frequência utilizada para todos os seres-pesquisados que participaram.

O monitoramento foi salvo e nomeado com as iniciais e data de nascimento do participante, criando uma pasta de arquivo para o mesmo. Logo a seguir o sensor de dedo foi retirado do paciente e o programa do *cardioEmotion*® foi desligado.

O paciente foi convidado a sentar na maca e olhar sua nota no computador. A autora explicou todos os itens do gráfico gerado e a intenção da pesquisa em melhorar a coerência cardíaca. Foi explicada a técnica de respiração, que tem uma conexão com o *Tanden*³, centro de energia utilizado pelo mestre Mikao Usui (criador do *Reiki*) em sua prática. Segundo Usui e Petter (2014), a respiração é a ligação entre o corpo e a consciência. Ela tem um significado especial. Durante a respiração, os seres humanos e animais aspiram não somente a mistura de vários gases, mas também algo misterioso que no nosso meio chamamos de *Reiki*. Na Índia é *Prana*, na China é *Chi*, no Japão é *Ki* e Wilhen Reich chamou energia orgônica.

A respiração divide a energia vital por todo o corpo e estabelece a comunicação entre o mundo interior e exterior. Ela une todas as instâncias de nosso ser e atinge as regiões bloqueadas, fazendo-as fluir novamente (DAHLKE;NEUMAN, 2009).

O paciente foi ensinado a utilizar a técnica de respiração descrita a seguir para o relaxamento, antes de iniciar a segunda intervenção com o *Reiki*. Recebeu também instruções para que a técnica fosse utilizada por toda a vida, justificando os vários benefícios trazidos.

A respiração era orientada da seguinte maneira ao paciente: com a autora em pé e o paciente sentado na maca, logo após receber a explicação da nota de avaliação do *cardioEmotion*®, a autora colocava a mão no *Tanden* (logo abaixo do umbigo) e pedia ao

³ Tanden é o centro do corpo, a sede da vitalidade da pessoa. Situa-se dois a três dedos abaixo do umbigo (PETTER, 1999).

paciente que colocasse sua mão também no mesmo local. Demonstrava a inspiração, com a elevação do abdômen, e expiração, com o esvaziamento do abdômen, calma e lentamente (APÊNDICE E), explicando os benefícios da respiração para o corpo, pedindo que o paciente repetisse o movimento deitado na maca durante o *Reiki*.

Em seguida teve início a intervenção com o *Reiki*. A intervenção com o *Reiki* teve a duração de aproximadamente 30 a 40 minutos, em que foram tocados os sete *chakras* principais e os pés do paciente. As mãos da autora (mestra de *Reiki*) e das mestras de *Reiki* que ajudaram nesta aplicação permaneceram por no máximo cinco minutos em cada local.

Ao término da intervenção com o *Reiki*, o paciente foi despertado tocando em seu ombro e falando seu nome em voz baixa, falando para respirar tranquilamente como foi ensinado, sendo orientado a continuar deitado na maca por aproximadamente 5 minutos, enquanto era realizado um novo monitoramento. Em seguida o sensor de dedo foi acoplado ao mesmo dedo mínimo utilizado no primeiro monitoramento, foi ligado o programa *cardioEmotion*®, utilizando-se a mesma configuração realizada no primeiro momento, selecionando a opção treinamento (menu) e em seguida monitoramento, deixando o aparelho funcionar por cinco minutos.

Após este período foi gerado outro gráfico de monitoramento, dessa vez após a realização do *Reiki*, com os seguintes resultados: nota, frequência cardíaca, batimentos cardíacos, porcentagem de coerência (vermelho, azul e verde), respiração, nível e tempo. O monitoramento foi salvo e nomeado com as iniciais e data de nascimento do paciente e guardado na pasta criada no primeiro monitoramento para posterior avaliação e comparação dos resultados.

O paciente foi instruído a levantar da maca, sendo informado sobre o resultado dos dois monitoramentos e o significado dos dados, e convidado a responder um questionário semi estruturado para a descrição de suas respostas após a intervenção com o *Reiki*.

Logo após, a autora informava ao paciente que aquela seria a única intervenção com *Reiki* durante a pesquisa, deixando a seu critério retornar a UAPS e receber novas intervenções com *Reiki* após o período de coleta de dados, orientando-o a realizar a respiração ensinada no processo para seu auto cuidado e agradecendo pela participação.

A autora prosseguia anotando no formulário semi estruturado a descrição de suas percepções quanto à temperatura, ruídos e sensações dos mestres ao tocar nos *chakras*.

4.6 Aspectos éticos

As informações obtidas em relação a este estudo permanecerão em sigilo, assegurando proteção de todas as imagens do paciente, reconhecendo-os no estudo por numeração sequencial do instrumento de coleta de dados com a letra P (participante – quinta etapa - Fase A) e PP (paciente – quinta etapa - Fase B), respeitando seus valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados desta pesquisa serão apresentados em congressos ou publicações científicas, porém a identidade de nenhum paciente será divulgada nestas apresentações, nem serão utilizadas quaisquer imagens ou informações que permitam a identificação de qualquer um deles.

Foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), antes de cada entrevista para preenchimento do formulário utilizado para uma triagem de ansiedade e identificação (APÊNDICE B).

Quanto aos princípios éticos, foram atendidas todas as diretrizes estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). No tocante aos termos da referida Resolução, todos os aspectos éticos foram considerados, com atenção especial para o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) dos sujeitos, ponderação entre riscos e benefícios, confidencialidade e privacidade, proteção da imagem e não estigmatização, justiça, autonomia e liberdade de se retirar da pesquisa em qualquer momento, sem pena ou prejuízo.

Todo o conteúdo fotografado ficou disponibilizado para o paciente e autora. A fotografia preservará a identificação do paciente assistido, mediante posicionamento que impedirá a visualização direta de seu rosto.

A pesquisa teve aprovação em 17 de setembro de 2015 no Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará com protocolo nº1233393.

4.7 Análise dos dados

A análise aconteceu ao longo do desenvolvimento do estudo, baseado na apreensão dos conteúdos manifestos nas entrevistas e gráficos gerados pelo aparelho *cardioEmotion*®, procurando compreendê-los em sua totalidade.

Para constituir o aporte teórico e realizar a análise, foram utilizadas referências clássicas e contemporâneas.

4.7.1 Tratamento Estatístico

Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorreu-se à análise descritiva dos dados apresentados em tabelas e gráficos, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados, além de facilitar o entendimento. Foi aplicado método não paramétrico ao estudo, por ser de fácil aplicação e de fácil interpretação, além não exigir características de alguns tipos de dados.

Os dados foram compilados no *Microsoft Word 2007*, *Microsoft Excel 2007*, *IBM® SPSS® Statistics Base* versão 19, verificando os resultados da intervenção pelas variáveis e teste T para dados emparelhados e teste qui-quadrado de aderência para avaliar igualdade proporcional entre categorias. Os testes paramétricos fornecem inferências para fazermos afirmações sobre medidas de populações relacionadas. Aplicou-se o teste de Fisher quando não foi possível aplicar o teste qui-quadrado

O teste qui-quadrado foi aplicado na variáveis *chakras* e sensações percebidas por três terapeutas durante a intervenção com *Reiki*.

Para avaliar se a proporção da presença da característica definidora entre as categorias das variáveis demográficas seria a mesma, em algumas informações demográficas (sexo, idade e religião), aplicou-se o teste qui-quadrado de homogeneidade ou o teste de Fisher quando não foi possível aplicar o teste qui-quadrado.

Foram comparados dados com informações coletadas antes e após a intervenção com *Reiki* com o teste de Wilcoxon nas variáveis: nota, frequência cardíaca, não coerência cardíaca, coerência cardíaca e quase coerência cardíaca. Este teste visou comparar a existência de igualdade entre os quantitativos coletados no antes e depois, considerou-se significativo p-valor abaixo de 0,05 (5%), o nível de significância adotado no estudo.

5 RESULTADOS

Os achados em forma de relato, tabelas e gráficos, buscaram apresentar de maneira aberta e sem exclusões, as características das pessoas identificadas com ansiedade e algumas experiências vivenciadas por terapeuta e paciente durante uma sessão de *Reiki*.

5.1 Caracterização da amostra

Na Tabela 1 há descrição das características sócio-demográficas dos participantes, observa-se que em cada característica é calculado o P-valor associado a hipótese de igualdade proporcional entre as categorias (teste qui-quadrado de aderência), considera-se significativo P-valor abaixo de 0,05 (5%), o nível de significância adotado no estudo. Portanto, considerando as variáveis analisadas, tem-se que o p-valor foi menor que 0,001, ou seja, menor que 0,05, assim, houve diferença proporcional entre as categorias destas variáveis.

Tabela 1- Distribuição das características demográficas e socioeconômicas dos participantes do estudo em um Posto de Saúde do Município de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.

(continua)

Características demográficas	n	%
Idade (p-valor=<0,001)*		
18 a 19 anos	4	4,7
20 a 40 anos	35	40,7
41 a 60 anos	33	38,4
61 a 70 anos	11	12,8
Acima de 71 anos	3	3,5
Sexo (p-valor<0,001)*		
Feminino	71	82,6
Masculino	15	17,4
Escolaridade (p-valor<0,001)*		
Analfabeto	5	5,8
Ensino fundamental completo	2	2,3
Ensino fundamental incompleto	25	29,1
Ensino médio incompleto	10	11,6
Ensino médio completo	30	34,9
Ensino superior incompleto	4	4,7
Ensino superior completo	10	11,6

	(conclusão)	
Religião (p-valor<0,001)*		
Afro-brasileira (candomblé, umbanda)	0	0,0
Católica	52	60,5
Espírita	2	2,3
Evangélica pentecostal	4	4,7
Evangélica tradicional (protestantismo histórico)	18	20,9
Nenhuma	5	5,8
Outra	5	5,8
Tipo de relação com a religião (p-valor<0,001)*		
Praticante	70	81,4
Militante	1	1,2
Não praticante	15	17,4
Raça (p-valor<0,001)*		
Branca	25	29,1
Preta	5	5,8
Parda	50	58,1
Amarela	5	5,8
Indígena	0	0,0
Não desejo responder	0	0,0
Não sabe	1	1,2
Renda (p-valor<0,001)*		
Não tem	41	47,7
01 salário mínimo	21	24,4
De 01 a 03 salários	19	22,1
De 04 a 05 salários	3	3,5
De 06 a 10 salários	1	1,2
Acima de 10 salários mínimos	1	1,2
Profissão/ocupação (p-valor<0,001)*		
Dona de casa	30	34,9
Estudante	5	5,8
Professor	1	1,2
Vendedor	6	7,0
Desempregado(a)	8	9,3
Outros	36	41,9

*Teste qui-quadrado de aderência

Fonte: autoria própria baseada em dados da pesquisa.

A quase totalidade (82,6%) das participantes eram do sexo feminino e (79,1%) estava na faixa etária de 20 a 60 anos. Segundo Araújo (2016) tal fato pode ser explicado pela maior procura das mulheres pelos serviços de saúde.

Quanto à escolaridade (46,5%) possuíam ensino médio e superior completo. Estes dados corroboram com a pesquisa do IBGE (2015), Os grupos de pessoas de 40 a 59 anos e de 60 anos ou mais de idade apresentaram maiores proporções na prática integrativa e

complementar. A proporção de pessoas com nível superior completo, que fizeram uso desta prática, foi maior que a registrada nos demais níveis de instrução.

Quanto à raça (58,1%) eram pardas, praticantes da religião (81,4%), sendo mais da metade católica (60,5%) seguida da evangélica (25,6%).

Algumas pessoas que foram abordadas durante a pesquisa, confundiram o *Reiki* com o passe energético, praticado na doutrina espírita. Em alguns momentos a autora foi questionada sobre as características do *Reiki*, principalmente por pessoas das religiões católicas e evangélicas.

Após a explicação houve certo alívio expresso no semblante das duas pessoas que realizaram este questionamento, passando a aderir às etapas da pesquisa, como se não fosse “pecado” participar deste momento de terapia dentro da unidade básica de saúde. Após explicar as dúvidas o paciente era orientado a aguardar.

Apesar da alta escolaridade o índice de desemprego e baixa renda prevalecerem, considerando que alguns tentam sobreviver desenvolvendo atividades variadas sem vínculo empregatício. Em 41% dos participantes constatou-se ausência de ganho de dinheiro. Quanto às profissões houve predomínio de serviços variados como autônomos (Tabela 1).

Segundo o IBGE (2010) a situação trabalhista no país constituiu-se em sua maioria de pessoas “economicamente ativas”, mas neste estudo constatou-se que (47,7%) não possuem renda pessoal. Em relação a ocupação pouco mais de um terço (34,9%) era dona de casa e (36%) possuíam ocupações variadas.

Na Tabela 2 considerando as variáveis nas quais os pacientes consideram que têm ou não ansiedade (morbidade percebida) e apresentaram ansiedade confirmada após triagem, temos que o P-valor foi menor que 0,001, ou seja, menor que 0,05, assim, houve diferença proporcional entre as categorias destas variáveis.

Tabela 2 -Número de participantes que consideram ter ansiedade (morbidade percebida) e confirmados com ansiedade após realização de triagem em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.

Considera que tem ansiedade (p-valor<0,001)*	n	%
Sim	73	84,9
Não	13	15,1
Confirmados com ansiedade (p-valor<0,001)*	n	%
Sim	71	82,6
Não	15	17,4

*Teste T

Fonte: autoria própria baseada em dados da pesquisa.

Quando os participantes foram questionados sobre considerar ter ou não ansiedade, (84,9%) responderam que sim, durante a aplicação do instrumento para triagem, houve uma pequena diferença entre estes dados, ou seja, dois participantes que afirmaram ter ansiedade não obtiveram confirmação, portanto ao responderem o primeiro instrumento com as características definidoras para ansiedade, constatou-se que a maioria (82,6%) tinha ansiedade. Demonstrando que as pessoas possuem capacidade de conhecer a sintomatologia da ansiedade empiricamente e podem achar-se com a doença sem a possuir (Tabela 2).

Esse processo de descrição da própria saúde pelo participante, a partir da sua percepção, chama-se saúde percebida (MOORHEAD; MAAS, 2008).

Nielsen (2004) comenta como é comum tais comentários, pois segundo ele, em um mundo de múltiplos e aparentes transtornos chamados de ansiedade, não é de admirar que "ansiedade" tornou-se uma das palavras mais frequentemente usadas no discurso médico e popular.

Entendendo esta rotina da ansiedade na vida das pessoas, uma das perguntas do primeiro formulário era a seguinte: “por que você considera que tem ansiedade?”. Desta pergunta foram adquiridas 73 respostas, algumas relatam preocupação com o futuro.

“Porque estou preocupada com tudo e choro com frequência.” P4

“Desejo que os resultados de meus projetos venham logo.” P5

Porque quando vou fazer uma coisa desejo resolver logo. P17

Dos relatos foi percebido que a ansiedade faz parte da rotina de muitas pessoas, necessitando de um olhar mais atento para identificá-la. As falas apontam sintomatologias físicas, emocionais e mentais, é como um sofrimento que dificulta a conciliação do sono e o convívio familiar, capaz de preocupar e deixar as pessoas sem meios para resolver situações instigando-as a fuga.

“Porque tenho dor de cabeça, alteração de humor, mão gelada (suando demais).” P20

“Sofro antes do tempo não sei o momento certo para agir. Tenho falta de ar e da respiração.” P25

Apesar de evidente e constante, somente no século XVII a ansiedade tornou-se uma categoria descritiva para sentimentos de temor acompanhado por aperto ou desconforto precordial. Enquanto a ansiedade já havia sido reconhecida em termos de um estado generalizado de desconforto ou "problemas de espírito"(WILT *et al.*, 2011).

“Porque sinto coisas estranhas, acelerações, suadeira repentina e desconforto no peito que me deixa preocupada.” P32

Para Consultant (2015), a ansiedade predispõe a mais importante doença mental, surge mais intensamente em seu presságio, constitui uma característica fundamental do seu fenótipo e permanece como um resíduo incapacitante em todo o processo de recuperação.

Além disso, os investigadores identificaram uma psicopatologia número de construções estáveis, traço, como que são hipoteticamente fatores de vulnerabilidade que contribuem para o desenvolvimento de uma variedade de transtornos de humor e ansiedade (NARAGON-GAINEY; WATSON, 2011).

No exercício cotidiano das práticas profissionais, na atuação como enfermeira, percebe-se que estes sintomas (queixas emocionais) não são mensurados em exames de rotina solicitados, como a dor que ainda não tomou forma em alguns casos, passando assim despercebida para muitos profissionais de saúde.

Uma pesquisa realizada na atenção básica constatou que cerca de uma em cada quatro pessoas, tem algum transtorno mental. Ao incluir aqueles que têm um sofrimento mental pouco abaixo do limiar de diagnóstico (os chamados casos subclínicos), a proporção chega a uma pessoa em sofrimento a cada duas pessoas que procuram a atenção básica (BRASIL, 2013).

Neste estudo foi constatado que, de seis pessoas que procuram o Posto de Saúde, em média cinco estão com ansiedade, um índice bastante elevado, mas não surpreendente, quando comparamos este número ao que é vislumbrado no cotidiano das pessoas, revelado em suas falas. A ansiedade é condizente com um alto nível de tensão neste modelo (WILT *et al.*, 2011). Como se percebe no relato de uma participante:

“Porque involuntariamente começo a me mutilar, arrancar meus cabelo, morder a mão, não durmo à noite tenho pesadelos pensando nas provas (rôo unhas).” P33

Sobre o tempo de atendimento, percebeu-se que a dificuldade das pessoas triadas era a espera, pois chegava de 50 minutos a 1 hora de um paciente para outro. Então dez pacientes, que não podiam ficar aguardando, foram agendados para outros dias. Deste agendamento, ocorreram 6 faltas, o que gerava atraso no início da coleta, pois o paciente era aguardado até o horário combinado, somente após este horário ser ultrapassado em quinze minutos, era inserido outro paciente, geralmente uma pessoa entrevistada e triada com ansiedade captada na sala de espera do Posto de Saúde.

Constatou-se que das 71 pessoas, que após triagem, estavam com ansiedade, 56 retornaram para a quinta etapa da pesquisa (Fase B). Foram agendados para o mesmo dia 61 pacientes, destes, nove desistiram de esperar. Segundo Araújo (2016) a prática da tolerância significa que a pessoa tem livre escolha de convicções e aceita a liberdade do outro. Significa aceitar a diversidade humana em toda a sua plenitude física, situação, modo de expressarem-se, comportamentos e valores, direito de viver em paz e ser tais como são.

Considerando esta característica da intolerância a espera, de alguns participantes, foi respeitada sua ausência no dia agendado e desistência, não havendo chamados para retornar em outro momento (critério de retirada). Geralmente as pessoas vão ao Posto de Saúde resolver assuntos rápidos como agendar consultas, pegar remédios, marcar exames e em algumas situações deixam as crianças pequenas e idosos em casa sozinhos e precisam voltar rapidamente. Estas foram algumas justificativas de participantes para agendamento futuro.

O interesse em receber a terapia foi constatado, pois os pacientes que esperaram ou retornaram para receber a intervenção com *Reiki*, correspondeu a 79% de adesão. Portanto, houve apenas 21% de faltas na quinta etapa da pesquisa (Fase B). Um estudo realizado com *Reiki* por Salles (2014), cujo tempo de intervenção chegava há 20 minutos, percebeu-se que a falta de tempo é um dos fatores que faz com que as pessoas não participem de pesquisas.

A dificuldade em esperar já identifica uma pessoa com ansiedade, aquela que pensa, planeja o futuro e pouco tempo reserva para viver o momento presente. Este desejo de ir embora rapidamente pode estar associado a suas necessidades pessoais ou mesmo a ambiência do local, pois foram identificados ruídos durante a coleta, capazes de gerar irritabilidade nos frequentadores da Estratégia Saúde da Família.

“Porque quando estou aqui fico doida para ir embora, tenho que resolver problemas familiares, só penso besteira.” P28

Na Tabela 3, ocorre a comparação da relação entre as características definidoras utilizadas para realizar a triagem para ansiedade e algumas informações demográficas. Aplicou-se o teste qui-quadrado de independência a fim de avaliar se houve dependência entre as variáveis (idade, sexo e religião), ou aplicou-se o teste de Fisher quando não foi possível aplicar o teste qui-quadrado. Foi avaliado se as características definidoras eram influenciadas pela idade, sexo e religião. Como o P-valor foi menor que 0,001, ou seja, menor que 0,05, entre refere estar temeroso com o sexo, houve diferença proporcional entre as categorias destas variáveis, podendo afirmar que houve relacionamento.

Tabela 3 - Apresentação do *P-valor da relação entre características definidoras de ansiedade com idade, sexo e religião em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.

Características definidoras	Idade	Sexo	Religião
Preocupação expressa devido a mudanças em eventos da vida	0,613	0,653	0,198
Nota-se estar preocupado	0,851	0,523	0,324
Verbaliza desconforto	0,757	0,432	0,724
Mostra-se receoso	0,864	0,293	0,189
Refere estar temeroso	0,112	0,007	0,990
Mostra-se desassossegado	0,686	0,523	0,853
Refere estar angustiado	0,735	0,701	0,848
Mostra-se inquieto	0,741	0,647	0,821
Percebe-se tensão aumentada	0,854	0,467	0,967
Mostra-se agitado	0,631	0,404	0,071
Apresenta-se nervoso	0,800	0,767	0,621
Refere ou nota-se insônia	0,107	0,117	0,143
Relata distúrbios do sono	0,240	0,754	0,149
Percebe-se estar aflito	0,764	0,505	0,452
Nota-se tensão facial	0,608	0,765	0,917
Apresenta-se pesaroso	0,917	0,629	0,167
Refere estar apreensivo	0,751	0,551	0,200
Apresenta anorexia	0,653	0,503	0,178

*Aplicou-se teste qui-quadrado para independência; para os valores em vermelho aplicou-se o teste de Fisher.

Fonte: autoria própria baseado em dados da pesquisa.

Ao fazer uma comparação da relação destas características com o sexo, idade e religião através de um teste estatístico, o item refere estar temeroso com relação ao sexo feminino, foi o único estatisticamente significativo em todas as outras comparações, citada

por 70,4% das mulheres (Tabela 3.1), sendo possível afirmar que a prevalência de todas as características definidoras é a mesma entre as faixas de idade, sexo e religião.

A tensão e o medo causado por inúmeras situações de violência geram temor constante nas pessoas, principalmente quando vivem em locais onde os índices de criminalidade são alarmantes (ANEXO F), como os bairros Maraponga e Mondubim, que fazem parte da área de abrangência do Posto de Saúde.

Tabela 3.1 - Proporção da prevalência em estar temeroso com relação ao sexo em um Posto de Saúde do Município de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.

Sexo	Ausência		Presença	
	N	%	n	%
Feminino	21	29,6%	50	70,4%
Masculino	10	66,7%	5	33,3%

Fonte: autoria própria baseada em dados da pesquisa.

A desregulação da resposta saudável resulta em alteração persistente e medo irracional, culminando em uma interferência significativa na vida normal que pode ser descrito como um transtorno de ansiedade (CRYAN, 2011 *appud* AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

Revela-se uma situação de defesa, sempre alerta ao perigo. E esta vem de nossa ligação genética com os animais, cujas estruturas cerebrais apresentam semelhanças e desencadeiam reações de defesa e fuga.

As partes do cérebro mais frequentemente atingidas na ansiedade são a amígdala, núcleo da estria terminal e o hipotálamo, todos têm uma história filogenética advinda dos répteis ligada a autopreservação e agressão (CONSULTANT, 2015). A resposta da ansiedade é um importante mecanismo utilizado para se adaptar e responder aos perigos reais (CRYAN, 2011).

Além do medo, os relatos revelam o desejo de resolver tudo rápido e a preocupação com o futuro, assim como sintomatologias emocionais capazes de prejudicar o dia a dia.

“Penso nas coisas que é para amanhã. A gente pensa no dia de hoje mas não sabe como vai ser amanhã. O futuro não nos pertence, apenas o passado.” P70

Pode-se comparar esta manifestação ao indivíduo com os sentimentos de ansiedade, relacionados à incerteza de obter algo a longo prazo, tal fato pode levar a reflexão sobre a melhor forma para alcançar a meta e, finalmente, para investir mais esforço (WILT *et al.*, 2011).

Foram relatados neste estudo como sintomatologia a tristeza, o desânimo, o choro fácil e a dor em pessoas com ansiedade.

“Porque fico agitada, angústia.” P3

“Porque quando desejo fazer algo quero terminar logo, acontecer logo. Fico nervosa, agitada dá dor de cabeça.” P38

“Fico triste quando não tenho meus filhos perto (tenho aperto no peito).” P74

Existe uma correlação de 50% da ansiedade com níveis de sintomas depressivos (KAIPPER, 2008). Enquanto a ansiedade já havia sido reconhecida em termos de um estado generalizado de desconforto ou problemas de espírito, ela agora se tornou ligada a processos físicos (NIELSEN, 2004). Geralmente, tais sintomas estão associados e podem ser confundidos, pois, nem sempre, a depressão revela um estado de recolhimento.

Além disso, os investigadores identificaram uma psicopatologia número de construções estáveis, traços, como que poderiam hipoteticamente ser fatores de vulnerabilidade que contribuem para o desenvolvimento de uma variedade de transtornos de humor e ansiedade (KAIPPER, 2008).

Diante de tais resultados percebe-se que a população do estudo reconheceu o estado de ansiedade. Mas precisou de um questionamento direcionado para revelar e confirmar. Assim, cabe aos profissionais de saúde da atenção básica, mudança de postura diante da população atendida, pois a ansiedade seria identificada somente após uma avaliação tranquila e demorada do cotidiano e situação socioeconômica e emocional das pessoas.

5.2 O contexto na Estratégia Saúde da Família - ambiência

A ambiência está relacionada ao preparo do espaço de atendimento para torná-lo agradável e receptivo. A adequação do local ao atendimento, beneficia paciente, funcionários, gestores e público em geral demonstrando aspectos de humanização ao serviço.

Segundo a PNH (2006) a construção da ambiência possibilita o recordar a inserção da humanização, com a valorização das tecnologias que compõem o serviço de saúde, dos componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelos órgãos do sentido como, por exemplo, a cor, quadros decorativos, luminosidade, ruídos, temperatura ambiente, todos relacionados com a interação entre usuários, trabalhadores e gestores.

Durante o atendimento havia todo um preparo da ambiência com climatização do local de atendimento, e a temperatura oscilou entre 23°C e 25°C, registrada no segundo instrumento de coleta de dados. Foi usado óleo essencial de Olíbano em aromatizador, música ambiente e luz em penumbra com uma lâmpada cor lilás utilizada como cromoterapia.

Em um aromatizador foi colocada água e 10 gotas de óleo de Olíbano, este óleo, cujo nome científico é *Boswellia carterii* está relacionado a superação e compreensão é originado da Somália, tem efeito antiviral, expectorante, aumenta as defesas do organismo (imunoestimulante). Indicado para casos de tosse, bronquite, asma, pneumonia, problemas circulatórios e inflamações nos seios nasais. Nas questões emocionais é antidepressivo, acalma em estados de angústia, promove clareza e concentração ideal para auxiliar na meditação. Sua ação vibracional está ligada a ajudar aqueles que têm medo da morte, que perderam um ente querido, depressão pós-parto ou medo de mudanças drásticas. Através de insights promove a compreensão de relações de causa e efeito que vivenciamos. Ativa as glândulas pineal e pituitária (ANEXO E).

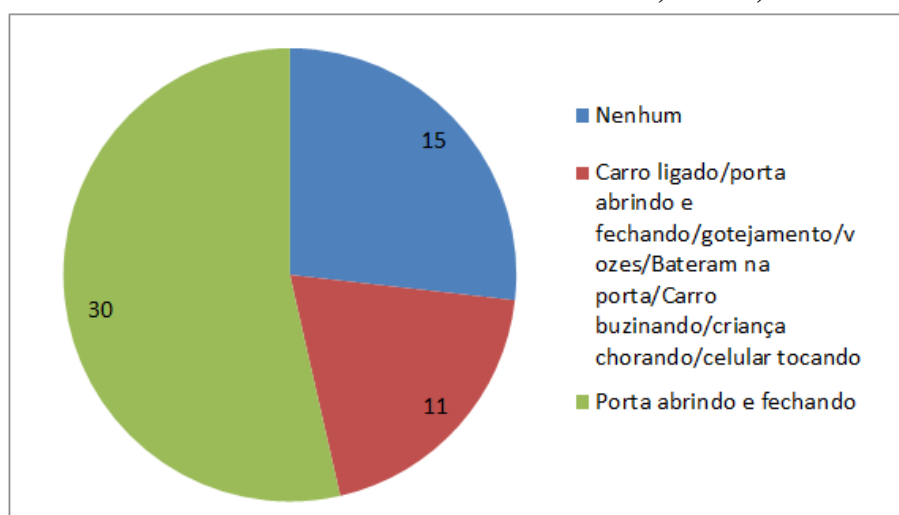
Durante as sessões de *Reiki* foram constatados vários sons que não induzem ao relaxamento. A acústica dentro do Posto de Saúde e consultórios é extremamente impregnada de variados tipos de sons. Realizar uma terapia que busca o relaxamento e a paz nestes locais foi um desafio onde havia o contraste entre a música relaxante e ruídos baixos e de alta intensidade, sabendo que este último é capaz de alterar estados físicos e surgimento de doenças.

Estudos epidemiológicos sugerem que a exposição ao ruído afeta a função do sistema cardiovascular. A maioria dos estudos centrou-se nas ligações entre tipos específicos de ruídos altos crônicos, associadas a locais de trabalho, ou estradas e efeitos adversos cardiovasculares, incluindo pressão arterial alta e doenças cardíacas. Mas as bases biológicas

dessas relações têm sido pouco explorados, especialmente no que diz respeito ao ruído encontrado durante a vida cotidiana. Um novo estudo descobriu que os ruídos cotidianos de menor intensidade também podem afetar o sistema cardiovascular, embora os efeitos são provavelmente mediados por diferentes vias do que aqueles associados a efeitos de ruído alto (BARRETT, 2013).

Durante as intervenções com *Reiki* a porta ao lado do consultório abriu e fechou na maior parte dos atendimentos, além deste ruído, haviam outros associados ou não a ele, como: gotejamento do ar condicionado dentro da sala, carro ligado, pessoas falando, criança chorando, pessoas batendo na porta do consultório e celular tocando (Figura 6).

Figura 6 - Ruídos que ocorreram durante a intervenção com *Reiki* em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.



Fonte: autoria própria baseada em dados da pesquisa.

Estudos sobre o som revelam influência no sistema nervoso e possível alteração fisiológica, sendo capaz de gerar doença, têm-se a necessidade do cuidado e atenção para estas situações rotineiras do barulho intenso na atenção básica como fatores geradores de ansiedade.

Pode ser que os ruídos (Figura 6), não sendo tão incômodos para certas pessoas propiciaram o sono e relaxamento profundo. Mas há de se ter cuidado e atenção, pois há risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares em longo prazo.

Os estímulos ambientais podem influenciar o sistema cardiovascular através do sistema nervoso autônomo, que regula funções involuntárias do corpo, como a respiração e os batimentos cardíacos. O percentual de alteração nos parâmetros da VFC foram avaliados para cada 5dB o aumento da intensidade do ruído. Os impactos de ruídos podem ser avaliados através da medição da frequência cardíaca e da variabilidade da frequência cardíaca (VFC). A

variabilidade da frequência cardíaca é influenciada pela atividade simpática e parassimpática, o que pode ser considerado o acelerador e os freios, respectivamente, do sistema nervoso autônomo (BARRETT, 2013).

Estas informações trazem uma correlação entre um dos parâmetros avaliados neste estudo: o ruído e a coerência cardíaca. Se os ruídos (Figura 6) são capazes de estimular o sistema nervoso autônomo, o *Reiki* e a respiração buscaram a regulação do SNA.

Para permitir a mais alta qualidade de atendimento é essencial melhorar os ambientes acústicos de novos e atuais centros de saúde (BUXTON *et al.*, 2012).

O sono desempenha um papel fundamental na manutenção da saúde e bem-estar, no entanto, os pacientes que estão hospitalizados são frequentemente expostos a ruídos que podem incomodar o sono. Os esforços para atenuar o ruído do hospital têm sido limitados pela informação incompleta sobre a interação entre sons e fisiologia do sono (BUXTON *et al.*, 2012).

Este estudo realizado em ambiente hospitalar demonstra que não se têm conhecimento da interação do ruído com a fisiologia. Reporto para o ambiente da atenção básica, assim como o hospital, é também um local de tratamento.

Outro fator que induziu o relaxamento foi a ambiência e a música instrumental, sempre as mesmas músicas eram utilizadas durante a pesquisa. A música têm importância no alívio da tensão e sua ação é como a da energia, capaz de atingir o cérebro com suas ondas. Isso é comprovado na pesquisa citada a seguir, onde há registros que ela atinge também os locais relacionados à excitação na ansiedade.

Para a comparação geral da música em relação ao tom puro sequências (efeito principal), observou-se significativa ativação em áreas distribuídas do cérebro, incluindo regiões límbicas e paralímbicas tais como o estriado ventral bilateral, posterior e cingulado anterior córtex, insula, hipocampo e regiões para-hipocampal, bem como extra-estriado associativa áreas visuais e áreas motoras. O estímulo promovido pela música no córtex motor e pré-motor eram geralmente máximas para sentimentos de tensão (associada negativo), apoiando a nossa conclusão de que estes efeitos são relacionados com a natureza despertando a agradabilidade da música (TROST *et al.*, 2011).

A energia acústica proveniente dos ventrículos é transformada em atividade elétrica nos tecidos cerebrais. A partir do corpo caloso, a atividade nervosa faz um percurso circular ao longo do córtex sensorial (GERBER, 2007). Região envolvida nas questões do medo e ansiedade.

Como relatou um paciente após a intervenção com o *Reiki*:

“(...)A música e o ambiente favorecem a calma.” PP81

Houve uma intensificação do relaxamento ao escutar a música suave, instrumental, ressaltando a importância da ambiência no atendimento com *Reiki*, pois mesmo com o barulho exterior, prevaleceu a música instrumental no interior da sala.

“Deixa a pessoa pensando no alívio experimentando a paz, a mudança, limpeza, algo errado que deve melhorar. Não escutei barulhos.” PP68

Apesar de nem sempre as pessoas estarem deitadas recebendo *Reiki* em um Posto de Saúde, deve-se considerar que ao buscar atendimento nestes locais, os pacientes sempre trazem uma demanda de acolhimento, necessidade de paz, prevenção e cura de hipertensão, diabetes, ansiedade, estresse dentre outras. Portanto vislumbramos que mesmo em ambiente como o de um Posto de Saúde, há condições de realizar intervenção com *Reiki* e obter resultados satisfatórios.

5.3 A intervenção com *Reiki* e o estado de coerência cardíaca

5.3.1 A concepção energética – O Reiki, a autora e o aparelho

Coletar dados no uso da terapia *Reiki* é algo diferente de uma pesquisa comum: o envolvimento não é o mesmo, pois o reikiano interage com a energia do paciente ao escutar suas demandas e tocá-lo, tornando possível absorver facilmente o que ele traz para tratar. Como relata Krieger (2000), todos os seres vivos são sistemas abertos de energia, e a transferência dessas energias entre as pessoas é um fato constante, um acontecimento passivo, natural. Nós criamos ondas pelo modo como reagimos ao mundo que nos rodeia, pois a matéria do corpo astral é muito impressionável e responde prontamente às formas-pensamentos ou imagens que absorvemos de nossos sentimentos. Portanto é necessário saber controlar nossa sensibilidade, para evitar que nos identifiquemos de modo consciente ou inconsciente com os sentimentos de outras pessoas a ponto de sentirmos suas dores ou aflições.

Seria importante que o terapeuta atendesse somente em estados de tranquilidade, condições físicas e emocionais equilibradas para desenvolver um procedimento com maior

eficácia. Segundo Krieger (2000), o fluxo de energia vital num estado centralizado de consciência é o oposto de sentir empatia com o paciente, no qual o curador “flui” para o paciente na tentativa de se identificar e compreender os sentimentos dessa pessoa.

Portanto foi necessário um preparo prévio da autora e das duas terapeutas que colaboraram com a pesquisa, na busca da centralização, havendo necessidade de elevar a autoestima, realizar exercícios para mobilizar a energia e adotar a respiração consciente focada no *Tanden*.

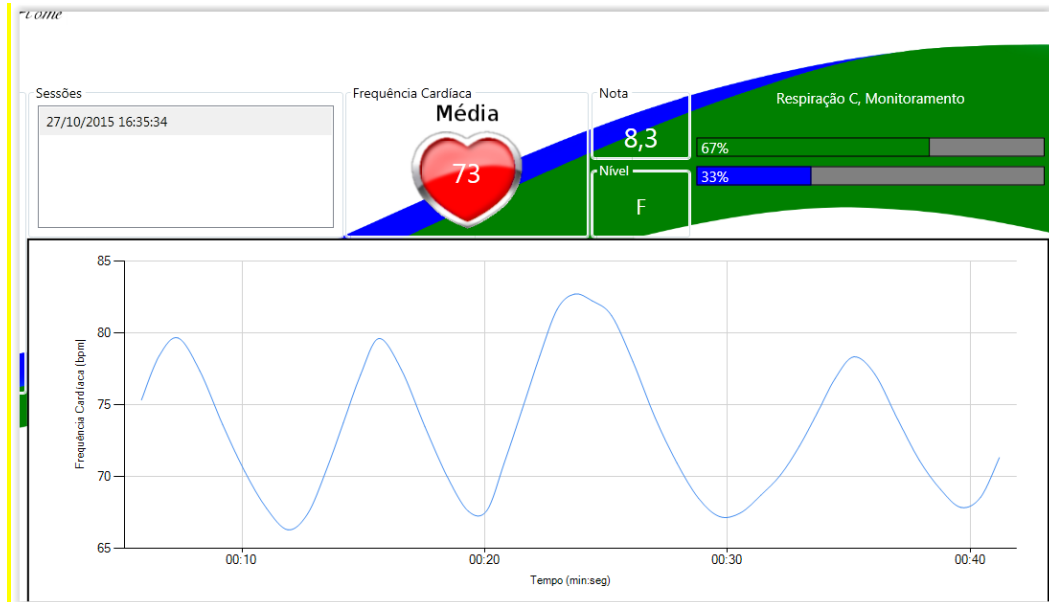
Em determinado momento da pesquisa, observou-se que o *cardioEmotion*® parava de funcionar após o *Reiki*, durante o segundo monitoramento na coleta de dados na qual ele era utilizado. Posteriormente foi observado que somente acontecia tal interferência quando os estados meditativos e calmos estavam presentes na autora.

A situação energética foi comprovada com a alteração do funcionamento do aparelho de *biofeedback* (*cardioEmotion*®) utilizado na coleta de dados, durante a pesquisa. Logo no início da coleta em setembro, o aparelho deixou de funcionar por determinado período de tempo, após a segunda intervenção com o *Reiki*, em cinco coletas de dados. Este fato foi registrado em uma das coletas, na qual foram fotografados dois níveis de falha do aparelho após a intervenção, sendo possível comprovar quanto tempo a energia fica circulando no ambiente após a aplicação.

Ao perceber que havia falha de captação da informação para o computador, a autora passou a registrar no relógio o tempo que demorava em voltar a funcionar ou não funcionar. Havia uma expectativa a ser resolvida, ou seja, o gráfico não era produzido, a mensagem que havia na tela era “carregando”, como se estivesse tentando captar a informação. Este momento durou cerca de cinco minutos, contando desde o momento que o computador foi colocado na mesa auxiliar para realizar a conexão do módulo USB e ajustar o sensor de dedo no paciente. O módulo USB foi conectado e desconectado várias vezes na tentativa de fazer o aparelho voltar a funcionar, e a avaliação foi ligada por três vezes para exibir apenas a mensagem “carregando”.

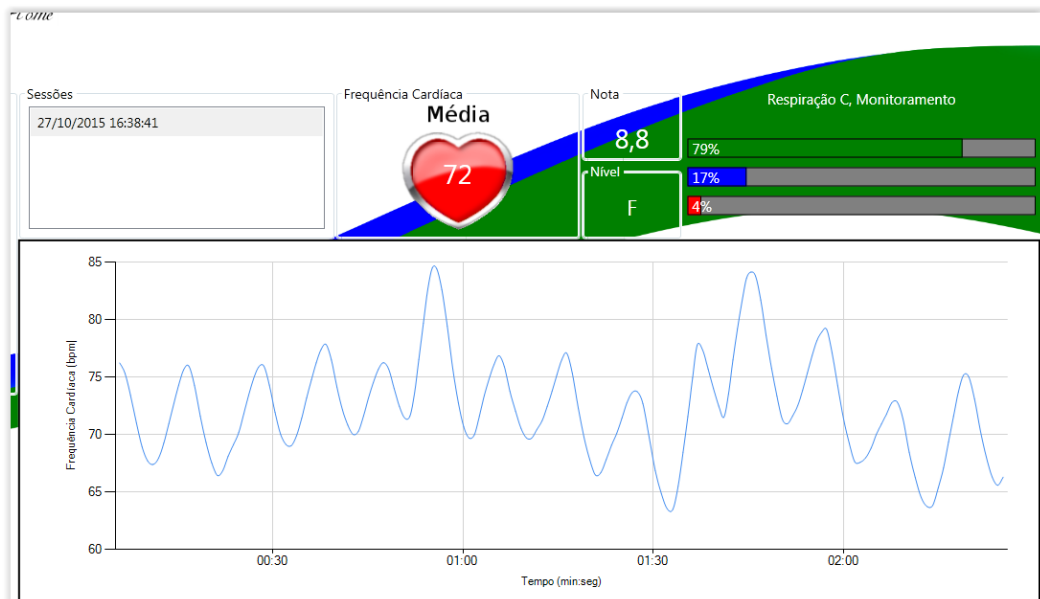
Na ocasião, a autora chegou a considerar desistir desta coleta com o aparelho e dispensar o paciente, mas teve um interesse intuitivo em continuar observando. Não foi possível copiar a tela “carregando” como os gráficos abaixo, já que ela não é gerada por não existir registro. Quando voltou a funcionar, ainda com falha, o aparelho gerou gráficos com tempo incompleto ao da programação (5 minutos), que foram salvos no computador, e correspondem às Figuras 7 e 8.

Figura 7 – Grafico do *cardioEmotion*® realizado com a paciente número 13, as 16h:35'34". Aparelho programado para avaliação em 5 minutos. Conseguiu realizar apenas 0,40 segundos de registro.



Fonte: autoria própria baseada em dados da pesquisa.

Figura 8 – Grafico do *cardioEmotion*® realizado com a paciente número 13, as 16h38'41". Aparelho programado para avaliação em 5 minutos. Conseguiu realizar apenas 2 minutos de registro.



Fonte: autoria própria baseada em dados da pesquisa.

Como houve um período de 8 minutos tentando captar a informação com o *cardioEmotion*®, a autora optou por utilizar o gráfico da Figura 8 como avaliação. Constatando que o aparelho ainda não funcionava corretamente, as coletas de dados neste dia foram suspensas por não haver uma compreensão de como acontecia este processo de falha.

Este momento da falha do aparelho tornou-se motivo de constrangimento, e considerando a possibilidade de defeito no aparelho, houve questionamento ao fabricante, que deu apoio técnico e explicações detalhadas demonstradas nos e-mail trocados.

Houve várias tentativas de resolver a falha no *cardioEmotion*®, tais como: deixar o computador ligado conectado ao *cardioEmotion*®; evitava mexer ao máximo, com cuidado, para não bater na mesa auxiliar que o apoiava, pensando ser a conexão USB; comprar um cabo extensor para adaptação de USB, sendo esta uma sugestão do fabricante; deixar o aparelho na mesa do computador cerca de 2 metros de distância para usá-lo após intervenção com *Reiki*. Mesmo assim, o aparelho continuava parando.

O sensor de dedo foi ligado e desligado, e posteriormente substituído pelo sensor de orelha, e o paciente foi instruído a não fazer movimentos (orientação do fabricante), mas nada acontecia para voltar o funcionamento.

Enfim a solução veio de uma troca de informações entre colegas do Mestrado Profissional em Saúde da Família, no módulo de Seminário de Acompanhamento II, realizado no final de novembro de 2015, onde os alunos foram separados em grupo por afinidade de projetos e falaram de suas pesquisas uns com os outros, oferecendo sugestões. Neste encontro com troca de ideias, a autora explicou a falha do aparelho, e um dos colegas, também Mestre de *Reiki*, comentou que durante os momentos em que aplicava *Reiki* em determinado local, as caixas de som apresentavam interferência.

Em luz dessa nova perspectiva surgiu a ideia de ler mais informações sobre a interferência da energia *Reiki* em aparelhos, e por fim uma resposta foi encontrada por meio da troca de conhecimentos, artigos e textos de livros com o fabricante. Lendo um dos artigos, o fabricante passou uma informação do *cardioEmotion*® que não está escrita no manual do usuário, que seria a sensibilidade máxima do aparelho a energia que seria de 940nm.

Ao descobrir que o aparelho tem sensibilidade de 940nm (COLGI, 2015b) e a energia *Reiki* já foi mensurada em até 1000nm, surgiu a hipótese de que a capacidade de captação do aparelho foi excedida e houve falha até a permanência da energia no ambiente. E segundo os gráficos apresentados este tempo é de cerca de 8 minutos.

Observou-se que a propagação de Ki pode ser inibida por uma cortina preta de vinilo, uma placa acrílica preta, folha de alumínio e um filtro óptico gama visível (360-760 nm), mas não foi inibida por um filtro infravermelho próximo (800- 2700 nm). Portanto, um aspecto de energia de Ki parece ser representado pela radiação do infravermelho próximo. Decidimos restringir ainda mais o Ki-comprimento de onda. Foi utilizado um filtro de interferência variável linear que pode cobrir 400-1100 nm, e descobriu que a energia Ki teve um pico em torno de 1000 nm. Uma vez que não medem o comprimento de onda entre 1100 e 1600 nm , ainda há a possibilidade de que outro pico Ki- comprimento de onda pode existir. No entanto, neste momento , podemos dizer que Ki- energia tem , pelo menos , um pico de comprimento de onda em torno de 1000 nm (OHNISHI;OHNISHI, 2009).

No nível básico, por exemplo, o *Reiki* alcança até seis metros além do corpo e das mãos do praticante e pode interferir no funcionamento de aparelhos eletrônicos (JUNIOR, 2006; SADER, 2014).

Foi possível isolar o aparelho da energia usando, por indicação, uma caixa térmica de 15cmx15cm com a seguinte descrição de material interno: Nylon poliéster, forro de polietileno de baixa densidade expandido e laminado com alumínio (Figura 9). Somente assim, guardando o aparelho neste recipiente, não houve interferência no funcionamento do aparelho nas coletas seguintes.

Figura 9 – Caixa térmica



Nota: Foto 1 – Caixa térmica de 15cx15cm de material interno: nylon poliéster, forro de polietileno de baixa densidade expandido e laminado com alumínio.

Esta mudança de energia na sala captada pelo aparelho não acontecia em todas as coletas, havendo momentos em que a intensidade do *Reiki* era mais evidente, onde a pessoa absorvia mais energia e sensações eram mais perceptíveis de ambos os lados. Nestes momentos havia pane do aparelho, e o momento meditativo e a ausência de ansiedade na autora eram fatores geradores de ampliação da capacidade de atuação do *Reiki* e conseqüentemente da energia emanada das mãos.

Somos canais, por onde flui a energia *Reiki*, sendo assim, quanto mais vazios (de pensamentos), melhor flui a energia. E como afirma Krieger (2000), quando o curador está centralizado, permite ter mais consciência do seu ser natural que o torna sensível às forças naturais ao seu redor.

O *Reiki* pode ser praticado como auto-tratamento (auto-ajuda). É especialmente indicado nas profissões que ajudam, principalmente para aqueles que trabalham na área da saúde ou serviços sociais. É muito útil para evitar o cansaço, falta de motivação relacionados ao trabalho e estresse em enfermeiros (BIROCCO, 2012).

Portanto, quando a conexão com o paciente era ampliada, parecia que a doação era bem mais intensa. Ambos, paciente e autora, percebiam os benefícios da troca.

5.3.2 *Inserindo a meditação e respiração*

Tornou-se um hábito da autora meditar ou realizar práticas para acalmar a mente e o espírito antes da intervenção com a terapia *Reiki*, orientando as outras terapeutas a fazerem o mesmo. A meditação poderia ser o *Gassho*⁴ ou *Reiji*⁵, poderia usar a conexão com a respiração, utilizar a prática de *Magnified Healing*⁶ ou a oração, sempre com a ideia de estar bem para proporcionar melhor cuidado ao paciente.

Estas técnicas de meditar e acalmar foram inseridas na pesquisa logo após a redução de área do Posto de Saúde, em novembro de 2015. Os momentos de reflexão e pausa inseriram esta necessidade a autora.

(...) O princípio de Heissenberg afirma que as observações dos cientistas são em si mesmas suficientes para mudar o fenômeno que está sendo estudado. O estranho é que acontece o efeito oposto com relação à cura. Quando o pesquisador estuda este fenômeno, a cura, o fenômeno é que muda o pesquisador. Isso, com frequência, resulta numa transformação significativa no estilo de vida do pesquisador à medida que suas experiências de ajuda ou curar outras pessoas se aprofundam (KRIEGER, 2000, p.124).

A técnica descrita a seguir foi utilizada pela autora para relaxamento pessoal antes da intervenção com o *Reiki*: Retenha o ar e a energia inspirada no *Tanden* durante alguns segundos, imagine a energia do *Tanden* distribuindo-se por todo o corpo, energizando-o.

⁴ Meditação realizada colocando as mãos postas diante do peito. Ajuda o coração a entrar em sintonia com o tratamento.

⁵ Meditação cuja atitude espiritual é: seja feita a Vossa vontade. Deixando a cura à energia Reiki.

⁶ Magnified Healing (Cura Magnificada) é uma lindíssima ferramenta de amor, cura e libertação. A Cura Magnificada limpa, equilibra, reintegra e harmoniza todos os chakras, sensibiliza e ativa o sistema nervoso e redistribui o cálcio na espinha.

Expire pela boca e imagine o ar e a energia *Reiki* sair pela boca, pela ponta dos dedos das mãos e dos pés e pelos *chakras* desses membros do corpo (USUI;PETTER, 2014).

O exercício era realizado de duas a sete vezes, logo após arrumar toda a sala para iniciar a coleta de dados. A quantidade dependia da necessidade de relaxamento e da presença de pacientes aguardando na sala de espera pela intervenção com o *Reiki*, sempre procurando atender no horário agendado. Assim, a autora se tornou um canal mais limpo para o *Reiki*, mais relaxada, evidenciando a necessidade de desenvolver o auto cuidado, para proteção pessoal e ajudar com mais eficácia.

5.3.3 Os resultados do aparelho de Biofeedback após intervenção com *Reiki*

Tratar emoções ainda representa um campo de estudo vasto e promissor para quem deseja explorar e conhecer os caminhos percorridos pela sintomatologia diversificada das pessoas com ansiedade. É como afirma Espiridião-Antônio (2008), apesar desses avanços, muito se tem discutido sobre a possibilidade de se tratar, cientificamente, as questões relativas à emoção. Com o desenvolvimento das neurociências, postula-se que, como a percepção e a ação, a emoção é relacionada a circuitos cerebrais distintos.

Estudos avaliando a coerência cardíaca com uso de *Reiki*, em pessoas com ansiedade, ainda não foram apresentados à comunidade científica. Os resultados encontrados nesta pesquisa demonstram que ocorrem alterações no sistema cardiorrespiratório após submeter o paciente a uma intervenção com *Reiki* inter-relacionado com outras técnicas de cuidado como a respiração, meditação, aromaterapia, musicoterapia, cromoterapia.

A resposta ao estresse afeta o sistema nervoso central, envolvendo efeitos fisiológicos decorrentes da estimulação do ramo simpático do sistema nervoso autônomo, que podem levar a um aumento da pressão sanguínea e frequência cardíaca. Um grande volume de sangue é deslocado dos órgãos digestivos para o sistema músculo esquelético, para gerar resposta de luta e fuga. Como resultado verifica-se a redução da temperatura e elevação da condutância elétrica da pele (OLIVEIRA, 2013).

Como a ansiedade interfere em várias funções do corpo, facilmente detectáveis pelo aparelho de *biofeedback*, foi possível utilizar e captar informações de estados de ansiedade antes do *Reiki* e interferir com orientação para o autocuidado com a respiração do paciente. Ajudando-o a restabelecer o equilíbrio.

A Tabela 4 lista algumas estatísticas descritivas. Na seguinte análise compararam-se os indicadores antes e depois da intervenção com *Reiki*. Houve pouca diferença nas médias

do antes e depois em cada indicador. Foi preciso aplicar um teste estatístico a fim de verificar se essa diferença foi significativa. O método empregado foi o teste de Wilcoxon, o teste visa comparar a existência de igualdade entre os quantitativos coletados no antes e depois. Apenas o indicador Quase Coerência Cardíaca, não foi estatisticamente significativo. Entretanto os outros indicadores há diferença nas médias, ou seja, houve aumento no indicador médio da Nota e Coerência Cardíaca, e houve diminuição na Frequência Cardíaca (FC) e Não Coerência Cardíaca.

Tabela 4 - Comparação dos indicadores nota, frequência cardíaca, coerência cardíaca, quase coerência cardíaca, não coerência cardíaca, antes e depois da intervenção com o *Reiki* em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.*

Variável	Período	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo	P-valor
Nota	Antes	2,48	0,17	2,55	0,00	6,60	<0,001
	Depois	4,86	0,26	4,90	0,40	8,30	
Frequência Cardíaca	Antes	77	1	76	57	102	<0,001
	Depois	73	2	73	52	125	
Não Coerência Cardíaca	Antes	59	2	57	8	100	<0,001
	Depois	34	3	33	0	93	
Quase Coerência Cardíaca	Antes	32	2	33	0	54	0,491
	Depois	34	2	34	7	67	
Coerência Cardíaca	Antes	9	1	6	0	40	<0,001
	Depois	31	3	30	0	70	

*Teste de Wilcoxon – para dados emparelhados.

Fonte: autoria própria baseada em dados da pesquisa.

Os achados apresentados na (Tabela 4) fazem uma comparação entre dois momentos: antes da intervenção com *Reiki* e depois da intervenção com *Reiki* estabelecendo uma média dos resultados.

A variável Nota, que é calculada em função do tempo em que a pessoa passa no estado de coerência cardíaca, varia de 0 a 10 e obteve uma média de (2,48) antes e (4,86) depois da intervenção com *Reiki*, representa uma melhora de quase o dobro do primeiro monitoramento sem terapia *Reiki*, constatando que a permanência do paciente em estado de coerência cardíaca aumentou. Vale registrar que muitos pacientes tiraram nota zero no primeiro monitoramento, demonstrando não coerência cardíaca, ou seja, desarmonia causada por emoções dentre elas a ansiedade. A *NPT-Neuropsicotronics* LTDA (2014) justifica que se

o paciente não entra em coerência em tempo algum, a nota é zero. Mas esta situação de completa instabilidade provocada pela ansiedade pode ser modificada, como justifica Kaipper (2008), quando diz que a ansiedade é uma condição transitória.

Por ser transitória foi modificada, com simples ações de cuidado, atenção ao paciente deixando-o seguro, percepção comentada nos relatos.

“Tranqüilidade, segurança, acolhimento.” PP7

Sabe-se que a ansiedade colabora para aumentar a tensão e secreção hormonal de defesa, desejo de fuga sentindo o perigo em todos os lados. O que foi oferecido ao paciente, modificou sua percepção do perigo. Segundo Kaipper (2008) e Consultant (2015) a ansiedade significa apresentar uma emoção com uma complexa reação a sequência de estímulos, que inclui avaliação cognitiva, mudanças subjetivas e ativação autonômica, com finalidade adaptativa de luta pela sobrevivência. Quem a possui tem capacidade de detectar ameaças mesmo em ambientes aparentemente seguros.

Vale citar que houve, em alguns casos, a preocupação sobre o tempo da terapia e o retorno para casa, revelando o medo da violência (Tabela 3.1). Partindo desta situação enfrentada por alguns pacientes, justifica-se o ritmo acelerado da FC e da nota zero, registradas antes da terapia *Reiki*.

Após o acolhimento, orientação e cuidado promovendo segurança e confiança na autora, houve uma melhora do paciente em outros indicadores.

Com relação a frequência cardíaca (quantidade de vezes que o coração bate por minuto), ocorreu uma redução de quatro bpm, ao comparar o momento do monitoramento antes da terapia *Reiki* (77bpm) e depois da terapia *Reiki* (73bpm). É uma mudança significativa quando se avalia o tempo da intervenção em cerca de 30 minutos, revelando que o repouso, a energia das mãos, as técnicas interligadas podem trazer benefícios ao sistema cardíaco. Um estudo realizado por Biroco (2012) afirma que o *Reiki* melhora o corpo naturalmente, por sua capacidade de curar a si mesmo, através do reequilíbrio da energia e assim restaurar o bem estar físico, emocional, mental e espiritual.

Na tabela 4, pode-se observar o valor máximo da frequência cardíaca antes do *Reiki* (102bpm) e depois do *Reiki* (125bpm), este ultimo valor ocorreu em um paciente do sexo masculino, com diagnóstico médico de síndrome do pânico e ansiedade, que faz uso de dois medicamentos para controle da sintomatologia ligada a sua patologia. Percebi uma grande expectativa deste paciente quanto ao monitoramento, ele não conseguiu relaxar em

nenhum momento. Este fato demonstra a necessidade de inserção de outras formas de cuidado em casos extremos de ansiedade e a colaboração do paciente como um determinante de sucesso na intervenção.

Percebeu-se durante a intervenção com *Reiki* e monitoramento, que houve sucesso quando o paciente colaborou tentando ressignificar suas emoções, entregando-se ao momento de relaxamento e evitando pensamentos que traziam angústia. Estes são elementos fundamentais na auto-cura.

Outro indicador avaliado foi o estado de não coerência cardíaca, significa estado caótico, segundo a *NPT-Neuropsicotronics* LTDA (2014). Revela o desequilíbrio, a ansiedade e outras tensões. Antes da intervenção com *Reiki* a média foi (59), depois do *Reiki* a média foi (34), ocorreu uma redução de quase 50% do momento do primeiro monitoramento para o segundo monitoramento. Este é um indicador cujo valor mais baixo revela que o paciente está entrando em equilíbrio. Um estudo realizado por Wardell (2001) afirmam que o *Reiki* é capaz de reduzir a ansiedade.

Ao analisar a média da coerência cardíaca (estado de equilíbrio), constatou-se que ocorreu um aumento significativo, ultrapassando em onze vezes o valor definido no desfecho primário. Sendo estes os valores do estado de coerência cardíaca, antes da aplicação da intervenção com *Reiki* (9) e depois da aplicação da intervenção com *Reiki* (31), demonstrando uma alteração para maior equilíbrio entre os fatores avaliados pelo software. Portanto foi constatada a redução da ansiedade. Segundo Gomes *et al.* (2014), o *biofeedback* cardiovascular consegue verificar a auto-regulação fisiológica do sistema nervoso autônomo (SNA). O processo ocorre por meio do registro dos intervalos de tempo, decorridos entre cada batimento cardíaco, por um sensor externo, seguido pelo tratamento matemático desses dados por um *software* e disponibilização dessas informações ao indivíduo, expostos na tela de um computador.

Os achados comprovam o que Oliveira *appud* Wardell (2013) afirmaram, o *Reiki* é capaz de reduzir a ansiedade. É como afirma Gomes *et al.* (2014); Lehrer *et al.* (2000); Moss (2008), o estado de coerência cardíaca ocorre principalmente quando o ritmo cardíaco entra em sincronia e ressonância com o ritmo respiratório, aumentando a amplitude das oscilações do batimento cardíaco (VFC). Este resultado corrobora com a pesquisa de Díaz-Rodríguez (2011) onde constatou-se que o *Reiki* teve efeitos sobre variabilidade da frequência cardíaca (VFC), sugerindo que a terapêutica pode afetar o sistema nervoso autônomo.

Uma explicação para este fenômeno vem de Lataro (2013), segundo ela a arritmia sinusal respiratória (ARS) é um fenômeno cardiorrespiratório caracterizado pela flutuação da

frequência cardíaca (FC) com a inspiração e expiração. Tipicamente a FC aumenta durante a inspiração e reduz durante a expiração. Esta descrição também revela como a (FC) foi reduzida, ou seja, houve uma melhora na execução da respiração por meio do ensino do exercício respiratório, com a orientação da respiração focada no *Tanden*, antes da aplicação do *Reiki*, proporcionando maior relaxamento e conseqüentemente uma respiração menos tensa e fisiológica.

“(...)após ser reeducada para respirar relaxei e senti sono.” PP 23

Quando a pessoa atinge um estado de profunda meditação, ela passa a respirar de forma mais lenta e menos profunda, e a atividade cardíaca torna-se sincronizada, de modo a criar uma ligação vibracional ressonante entre o coração e o cérebro. O circuito elétrico oscilante do interior do cérebro (GERBER, 2007).

Portanto houve uma melhora da amplitude dos batimentos cardíacos (VFC), devido à sincronia entre o batimento cardíaco e a frequência respiratória. Um ganho extremo para a vida do paciente quando se percebe os benefícios destas pequenas mudanças fisiológicas.

O efeito do aumento da atividade do sistema nervoso autônomo é prejudicial à saúde. A luta pela sobrevivência durante a ansiedade gera alterações importantes, e às vezes, danosas e perigosas a manutenção da vida, dentre elas a alteração do batimento cardíaco e frequência respiratória. Segundo Guyton (2008) os componentes autônomo simpático e parassimpático, ou simpático-vagal, são os responsáveis pela regulação e funcionamento viscerais humanos. São eles, também, que regem o funcionamento cardiovascular. Já a inibição simpática ou a excitação parassimpática promovem um decréscimo dos batimentos. Um coração com frequências cardíacas muito rápidas não permanece relaxado tempo suficiente para o enchimento completo das câmaras cardíacas.

Com a melhora da coerência cardíaca constatou-se a excitação parassimpática promovendo um decréscimo dos batimentos cardíacos, ampliando o relaxamento do coração por um tempo maior e conseqüentemente um preenchimento completo das câmaras cardíacas, com conseqüente melhora do funcionamento visceral. Além disso, a ampliação da melhora da coerência cardíaca após o *Reiki*, e conseqüentemente melhora da qualidade de vida, reduzindo a possibilidade de maus súbitos com conseqüências graves. É como afirma Gomes *et al. apud Kawaguchi et al.* (2014); Stein *et al.* (2000); Vanderlei *et al.* (2009), o aumento da VFC (ou HRV, de *Heart Rate Variability*) sinaliza boa adaptação fisiológica do indivíduo e está

vinculada a melhores taxas de sobrevivência em pacientes que sofreram ataques cardíacos súbitos e arritmias letais.

Assim foi possível reduzir níveis de ansiedade com a estimulação do circuito do córtex sensorial por meio da aplicação de *Reiki* no *chakra* coronário (cabeça), enviando estímulos para a região responsável pelas emoções, promovendo o relaxamento e conseqüentemente as alterações citadas na Tabela 4. Segundo Gerber (2007), a parte do tecido cerebral adjacentes ao percurso da corrente situa-se no sistema límbico, o qual inclui as áreas conhecidas como centros de prazer. Sugere-se que um padrão repetitivo de estimulação, o circuito do córtex sensorial torna-se maior e generaliza-se de modo a envolver as estruturas mais importantes do sistema límbico existente no lobo temporal do cérebro como o complexo amigdalóide. A estimulação repetida de estruturas límbicas como amígdala, que fica ao lado do circuito de estimulação do córtex sensorial é a sede do prazer e do controle emocional.

Evidencia-se que o manejo da ansiedade e do estresse traz benefícios não apenas para pessoas portadoras de quadros patológicos, mas também melhora o desempenho de indivíduos expostos frequentemente a situações que geram ansiedade (LANTYER, 2013).

Portanto o uso da tecnologia do *biofeedback* para avaliar a intervenção com *Reiki* demonstrou que o uso de um equipamento para auxiliar na avaliação do cuidado aplicado, deve ser pautado em argumentos norteadores de um modelo moderno para a produção do cuidado.

5.4 Contribuição do cuidado de enfermagem com a intervenção do *Reiki*

A literatura internacional apresenta vários conceitos de cuidado como uma das ações de enfermeiros em sua prática. O diagnóstico de ansiedade (NANDA), a intervenção (NIC) e os resultados (NOC), constituem a sistematização da prática do enfermeiro. Neste estudo a ação de cuidado está relacionada à aplicação de *Reiki* e suas contribuições substanciais na vida dos pacientes vislumbrando sua inter-relação com a enfermeira pesquisadora.

O cuidado pode ser aplicado de várias formas. É como afirma Baggio (2008), a enfermagem é a profissão que habilita o profissional através de suas competências, responsabilidades e aptidões inerentes à profissão para realizar o cuidado aos seres humanos considerando a multidimensionalidade e totalidade do ser. Portanto, além do que é apreendido na universidade, o cuidado pode e deve ser ressignificado, principalmente quando os recursos disponíveis não satisfazem os desejos de bem estar dos pacientes.

Na análise ajustada, constataram-se variáveis significativas sobre a contribuição do *Reiki* como cuidado de enfermagem, registradas em algumas tabelas. Uma das variáveis sobre relaxamento e bem estar, existente no formulário (APENDICE C), obteve afirmação positiva de 100% dos pacientes após a intervenção com *Reiki*.

“Paz, tranquilidade.” PP2, PP26, PP30, PP52, PP54, PP58, PP69, PP70, PP73, PP80

“Relaxamento.” PP78, PP85

“Sossego, bem estar.” PP31

Este resultado está ligado a níveis de mudança não perceptíveis nos locais tocados pelas mãos dos mestres de *Reiki* (*chakras*) e nos depoimentos que declaram a ação da terapia nos sistemas físico, energético, emocional e espiritual.

“Estava sentindo dor na perna esquerda e melhorei.” PP7

“Pensando em Jesus, senti frio na cabeça e pés.” PP36

“Muito bom, cheguei estressada e saiu a tensão. Coisa de Deus!” PP44

“Da um bem estar, conexão com Deus, reflete na oração.” PP81

“Alívio da tensão, sonolência.” PP66

“Recarregando energia.” PP71

A Tabela 5 mostra informações referentes a descrição das sensações percebidas dos *chakras* pela autora e duas terapeutas, durante a aplicação de *Reiki*. Aplicou-se o teste de aderência e qui-quadrado para independência, a fim de avaliar igualdade proporcional entre as categorias: quente, neutro, frio e pulsação. Estas categorias foram algumas das sensações percebidas nas mãos das terapeutas ao aplicar *Reiki* em determinado *chakra* de uma pessoa com ansiedade e a frequência que ocorreu esta sensação em cada paciente (APÊNDICE C).

Observa-se na Tabela 5, que em todos os *chakras* analisados a intervenção foi significativa P-valor <0,001. No APÊNDICE F encontra-se o gráfico referente a tabela abaixo para facilitar o entendimento.

Tabela 5 - Descrição das sensações percebidas dos *chakras* pela autora e terapeutas durante a aplicação de *Reiki* em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.

Chakra		Quente	Neutro	Frio	Pulsação	P-valor*
chakra 1	N	41	15	0	0	<0,001
	%	73,2	26,8	0,0	0,0	
chakra 2	N	41	15	0	0	<0,001
	%	73,2	26,8	0,0	0,0	
chakra 3	N	49	6	1	0	<0,001
	%	87,5	10,7	1,8	0,0	
chakra 4	N	51	4	1	0	<0,001
	%	91,1	7,1	1,8	0,0	
chakra 5	N	44	11	0	1	<0,001
	%	78,6	19,6	0,0	1,8	
chakra 6	N	51	5	0	0	<0,001
	%	91,1	8,9	0,0	0,0	
chakra 7	N	53	2	0	1	<0,001
	%	94,6	3,6	0,0	1,8	
Pés	N	39	11	6	0	<0,001
	%	69,6	19,6	10,7	0,0	

*Teste de aderência e teste de qui-quadrado para independência.

Fonte: autoria própria baseada em dados da pesquisa.

A sensação do toque das mãos e a temperatura foram citadas por Nascimento (2014) e Krieger (2000), em seu estudo com *Reiki*, neste algumas pessoas chegaram a afirmar que o esquentamento contrastava com a sensação de frio que se tinha dentro da sala, haja vista que, a mesma era climatizada, o que as levava ao questionamento sobre como as mãos do terapeuta poderiam estar com uma temperatura tão elevada.

Mesmo com a climatização da sala de coleta os pacientes relataram sensações advindas do toque das três mestras de *Reiki*, principalmente o quente (Figura 9).

Não importa o local e a temperatura, ao ativar os símbolos de *Reiki* para iniciar a terapia, os reikianos sentem suas mãos aquecerem, o receptor do mesmo modo percebe a

alteração de temperatura, confirmando a existência da energia ampliando sua força e atuação local. Esta energia ou forma de calor pode ser quente ou fria, às vezes neutra, e foi neste estudo acompanhada de sensações físicas relacionando a energia com alterações no corpo.

O cuidado com *Reiki*, seguiu-se no sentido céfalo-caudal e o paciente foi tocado na região anterior. Apesar da maioria dos *chakras* possuírem um vórtice anterior e posterior, foi tocado apenas o anterior, pois, segundo Brennam (2006a) esta porção anterior está ligada as questões emocionais.

O primeiro *chakra* tocado foi o sétimo (coroa) que obteve maior intensidade de quente em (94,6%) emanadas das mãos das mestras durante a intervenção, seguido pelo quarto *chakra* (coração) com (91,1%), sexto *chakra* (frontal) com (91,1%) e terceiro *chakra* (plexo solar) com (87,5%) e menos intensidade de quente nos *chakras* dos pés (69,6%), que obteve maior quantidade de percepção do frio (10,7%).

Pode-se dizer os valores correspondentes destes quatro *chakras* (Tabela 5) são aproximados, comprovando que o fluxo alterado em um pode afetar os outros igualmente. A redução de energia nestes *chakras* provoca alterações físicas, emocionais, mentais e espirituais, assim surge um relato sem fé, com medo, sem objetivos e pautado no pensamento futuro, quando perguntou-se porque acha que tem ansiedade (APÊNDICE B).

“Tenho medo de má notícia.” P27

“Quando acontece coisas na vida fico lembrando e da nervosismo.” P15

Quando analisamos as falas após o *Reiki* vislumbramos que, neste momento, houve estímulo do sistema nervoso simpático (SNS) e ativação do sistema nervoso parassimpático (SNP). Gerber (2007) confirma tal fato quando coloca que as forças emitidas por um centro (*chakra*) afetam a contraparte etérica de toda a intrincada rede de nervos que constitui o sistema nervoso. Assim ocasionou energização que promoveu bem estar, alegria (expressa em um sorriso), leveza, paz e encontro com o sagrado (Tabela 5).

“Diferente senti algo estranho como uma mágica, como se não estivesse vivendo aqui, como se saísse o peso. Não queria levantar.” PP62

“(...)melhorei da dor no lado esquerdo da barriga.” PP58

"(...)tive esta sensação, acelerou o coração (...)." PP68

Segundo Guyton (2008), a estimulação difusa das partes média e superior da formação reticular bulbar produz a excitação da maioria dos músculos extensores do corpo, com o tronco e membros ficando rigidamente esticados, o que permite que o corpo mantenha sua posição. Sem essa rigidez o corpo cairia no solo devido à ação da gravidade. A área reticular bulbar é inibida quando a pessoa relaxa, descansa ou dorme.

"Algo entrando nos ouvidos como uma pressão (trouxe relaxamento) Calcanhar direito aquecido. Arrancaram algo ruim. Rasgaram desobstruindo puxando o corpo." PP82

Esta pode ser a explicação sobre porque o *Reiki* aplicado na cabeça dos pacientes trouxe a sensação de leveza e flutuação, exposta nos relatos:

"Corpo como se levantasse, corpo leve, (...) levantando o corpo." PP10

"Leveza, parecia flutuar" PP9

"Senti leveza, como se estivesse em um jardim, corpo levantando." PP11

"Calor na cabeça, senti leveza." PP27

"Senti partes do corpo pesando relaxando tirando um peso." PP32

"(...) Fiquei leve." PP43

"Senti o corpo maneiro, parecia voar." PP51

A Tabela 6 apresenta a expressão facial percebida pela autora antes e após a intervenção com o *Reiki*, anotações realizadas no APÊNDICE C. Aplicou-se teste qui-quadrado para independência, com P-valor <0,001.

Tabela 6 - Distribuição dos dados quanto a expressão facial dos pacientes antes e após a intervenção com o Reiki em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.

Expressão facial antes (p-valor=<0,001)*		%
Sem alteração	30	53,6
Tensão	23	41,1
Tensão+cefaléia	1	1,8
Tristeza	2	3,6
Expressão fácil depois (p-valor=<0,001)*		%
Sem alteração	8	14,3
Sorridente	18	32,1
Relaxada	10	17,9
Tranquila	3	5,4
Feliz	1	1,8
Tensão leve	14	25,0
Tristeza	1	1,8
Sono	1	1,8

*Aplicou-se teste qui-quadrado para independência

Fonte: autoria própria baseada em dados da pesquisa.

Na Tabela 6 constata-se que mais da metade (53,6%) não apresentavam expressões alteradas, mas após a terapia houve uma mudança de expressão facial (85,8%), consideradas agradáveis.

A sensação de alívio e paz promovidos durante a terapia, devolveram a esperança ao paciente que existe uma maneira de conseguir restabelecer o bem estar sem uso de medicação.

“Pouco tempo, deveria ser diário, mais vezes, principalmente para pessoas que usam remédios controlados, que tem depressão e ansiedade.” P10

Segundo Bourget (2014), pode ser que o doente encontre uma solução pessoal para problemas complexos da vida emocional e das relações interpessoais; o que fizemos não foi aplicar um tratamento, mas facilitar o crescimento.

Assim ocorre ao fazer o paciente experimentar o relaxamento induzido, com uma respiração conectada, pensamentos voltados para a paz e bons sentimentos fazem surgir o alívio e desejo de retornar para obter nova experiência.

De acordo com Gable (2013); Brennam (2006a); Myss (2000) o *chakra* da coroa está relacionado a experiência direta do conhecimento, com a integração da personalidade,

com a espiritualidade (gera devoção). O *chakra* do coração está relacionado com o amor e a vontade (agir com compaixão). O *chakra* frontal está relacionado a ligação do corpo físico ao mental, uma combinação dos fatos, medos, experiências pessoais e memórias que estão ativas dentro no corpo energético mental. O *chakra* do plexo solar está associado a intuição, ao modo como nos ligamos aos outros e como cuidamos de nós mesmos. As doenças que surgem dele estão relacionadas com a auto-responsabilidade, auto-estima, medo da rejeição e uma supersensibilidade à crítica.

Percebe-se que o paciente com ansiedade deste estudo, em análise do seu sétimo *chakra*, apresenta uma dissociação da fé como alicerce para sua caminhada na terra. Falta algo, que angustia e leva a desilusão, perda da identidade pessoal, gerando confusão mental e dúvida.

“Porque apresento problemas físicos, choro fácil, necessidade de fuga devido a perda da mãe.” P55

“Tenho medo de abrir a porta e receber uma notícia desagradável. Início de um desastre no final.” P82

Myss (2000) explica que a crise espiritual é idêntica a uma crise psicológica. Surge ausência de significado e finalidade, falta a devoção a uma fonte de milagre e esperança. Nos relatos percebe-se a falta de confiança na segurança, preocupações com o futuro e desejo de fuga.

“Porque me preocupo sou agitada tenho medo e trauma(...).” P12

“Penso demais na vida, em partir (morrer) e ir para algum lugar e nos filhos que vão trabalhar e quando perco uma pessoa fica pensando coisas.” P80

Os outros três *chakras* complementam a análise das características das pessoas com ansiedade deste estudo, lembrando que o temor foi a característica definidora mais citada (Tabela 3.1) quando foi realizada a triagem para ansiedade, então descrevemos os medos relacionados a estes *chakras*.

Segundo Miss (2000) o *chakra* do coração revela que há medo da solidão, compromisso de seguir o coração, medo da incapacidade de se proteger emocionalmente,

medo da fraqueza emocional e da traição. O *chakra* frontal revela uma recusa de olhar para dentro, explorar os próprios medos. O *chakra* do plexo solar apresenta medo da rejeição, da crítica, de parecer tolo e de não conseguir cumprir as próprias responsabilidades.

O restabelecimento com o *Reiki* seria como um despertar para a vida, a ansiedade abriria espaço para a esperança, amor ao próximo, decisão de agir, sem preocupação com o futuro, pois a fé direcionaria para o desenvolvimento daquilo que é necessário e rejeitaria o supérfluo. Isto é o que acontece no despertar do sétimo *chakra*.

“É muito bom, senti-me curada de meu estado emocional, não conseguia conviver com as pessoas, paranóia no trabalho.” PP6

“Tranqüilidade, segurança, acolhimento.” PP7

“Ótimo faz voltar no tempo e feliz, melhor.” PP12

Os *chakras* dos pés possuem todos os *chakras* do corpo, portanto, como pode ser visto na Tabela 5, todo o sistema estava necessitando de energia, assim como os pés, e outro fato relatado nas falas e no Gráfico 1 foi a presença do frio nesta região.

“(...)quentura veio debaixo do pé direito muito quente e depois senti o corpo todo gelado como um banho de água gelada.” PP14

“Frio escorrendo para as duas pernas.” PP17

“Saiu algo, esfriando o corpo, reduziu a dor no pé.” PP21

A área do córtex sensorial associada aos pés é a primeira a ser alcançada pela corrente, os praticantes de meditação com bloqueios nessa área do cérebro teriam sensações incomuns nos pés GERBER (2007). O córtex motor do cérebro, uma área que controla os movimentos musculares voluntários do corpo, é uma faixa de tecido cerebral situado imediatamente ao lado do córtex sensorial. Muito frequentemente, os indivíduos que apresentam sintomas progressivos da síndrome físeo-kundalini sentem espasmos nos músculos e movimentos musculares inconscientes na cabeça e no corpo. Isto poderá ser explicado por uma estimulação elétrica cruzada do córtex motor pela ação contínua da

corrente na porção do córtex sensorial situada ao longo do circuito estimulante da reverberação.

“Pernas ficaram com espasmos durante a sessão.” PP11 - Anotações da autora

“Dedo indicador direito, ficou tremendo, o braço subia e descia durante a sessão.” PP 24 - Anotações da autora

Explica os estímulos na cabeça, MMII e MMSS e pés, inclusive a semelhança entre a meditação e o *Reiki*, pois há introspecção, autoconhecimento, conexão com o divino, alívio de pensamentos.

“Paz, tranquilidade. Com o silêncio acabei sentindo a mim mesma, pensamentos(...).” PP23

“Tranquilidade. Parei de pensar em tudo. Penso muito.” PP20

No Quadro 1 descreve-se as cores percebidas por alguns pacientes durante a aplicação de *Reiki*, registrado pela autora no APÊNDICE C.

Quadro 1 – Relato de percepção de cores por pacientes, durante a terapia *Reiki* em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.

Paciente (PP)	Cor percebida
02	VERDE
07	ARCO-IRIS
09	BRANCO
11	VERDE ESCURO
17	AZUL
32	VERDE
33	AZUL/PRETO
36	VERDE
44	BRANCO
49	VERDE
55	VERDE/ROXA/AMARELO
66	VERMELHA
67	VERDE
72	AZUL
74	AMARELO
75	LILÁS/BRANCO

Fonte: autoria própria baseado em dados da pesquisa.

Quando o paciente fecha os olhos, relaxa é tocado pelas mãos das mestras de *Reiki*, flui a energia. Geralmente no início da sessão percebem luzes com cores variadas, essas cores são as mesmas dos *chakras*.

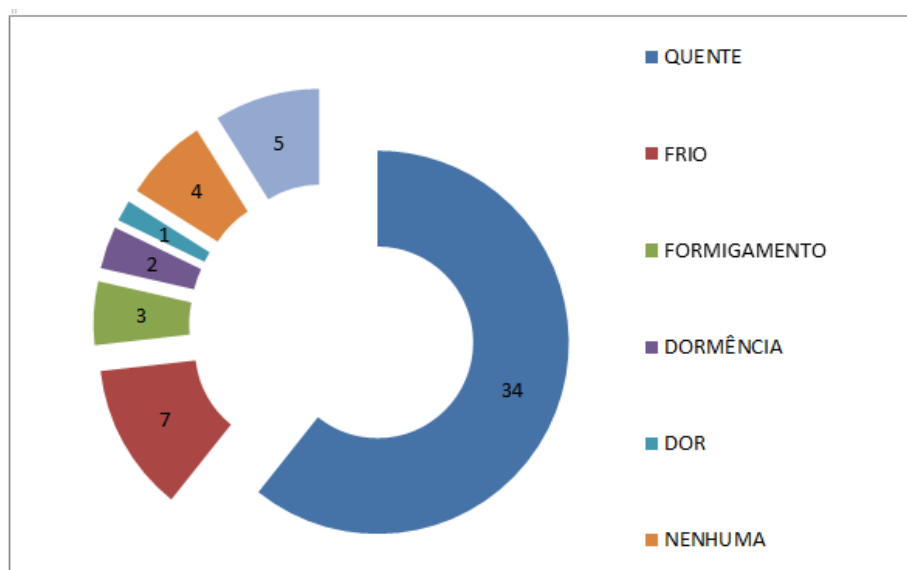
Este fenômeno da visualização das cores acontece segundo Gerber (2007) devido a estimulação do circuito límbico pelo circuito primário do córtex sensorial evoca extraordinários fenômenos visuais por meio da ativação do córtex occipital assim podem experimentar a visualização de luzes brilhantes e sentir grande felicidade removendo as tensões acumuladas no sistema nervoso humano.

“Relaxamento nas pernas, calor cabeça e ouvidos visualizei luzes roxas, verdes e amarelo.” PP55

As pessoas com ansiedade perdem energia em determinados centros energéticos (*chakras*) ou exacerbam em outros locais. As sensações percebidas ao toque no paciente foram registradas pelas mestras de *Reiki*, com relação aos sete *chakras* principais e os pés, descrito após a intervenção com *Reiki* (Tabela 5 e APÊNDICE E).

Ao tocar o paciente a sensação de mãos quentes foi referida pela maioria, sendo citado também o frio, formigamento, dormência e dor, pulsar, arrepiar, engasgo na garganta, entrando algo e tremor, em outros não houve sensação ao toque (Figura 10).

Figura 10 – Sensações percebidas pelo paciente em seu corpo durante o *Reiki* em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.



Os indícios relacionados com diferenciais de temperatura são os mais frequentemente percebidos por pacientes. Dizem respeito às sensações de calor, de frio ou uma variação que é descrita como frio profundo que parece vir de um vácuo. Há relatos de metáforas como o formigamento, choques elétricos, bolhas eclodindo, câimbras e pulsações rítmicas (Figura 10). As disritmias possuem relação evidente com os *chakras* do paciente e podem ter participação na doença (KRIGER, 2000).

Percebem-se algumas destas sensações descritas nos relatos do paciente ao ser questionado sobre o que sentiu durante o *Reiki*.

“Frio escorrendo para as duas pernas.” PP17

“(...) senti formigamento abaixo do pé ao ser tocado (...).” PP13

Segundo os achados da pesquisa, grande parte das pessoas com ansiedade apresenta esta obstrução fluxo de energia, comprovada com as sensações relatadas diante do toque em seus *chakras* (Tabela 5 e Figura 10). Em algumas pessoas a obstrução é bem mais acentuada, conseqüentemente, as sensações já citadas que estão além do calor, devem-se a passagens de energia seladas em busca do retorno ao fluxo original.

“Dormi, senti entalo na garganta assim que iniciou. Oscilação de temperatura calor e frio. Quentura veio debaixo do pé direito muito quente e depois senti o corpo todo gelado como um banho de água gelada.” PP14

Esta absorção de energia das mãos confirma que as emoções desgastam a energia vital das pessoas em vários locais, principalmente nos centros energéticos. Observando a Tabela 5 constata-se que todos os *chakras* precisam de energia, o corpo precisa de energia, pois os *chakras* os alimentam. Esses resultados levam a crer que a energia *Reiki* penetrou nos *chakras* e restabeleceu o equilíbrio desobstruindo o fluxo de energia. E a desobstrução pode gerar dor, assim explica Brennan (2006), quanto mais deixamos a energia fluir, tanto mais sadios seremos. É importante abrir os *chakras* e aumentar o fluxo de energia. A doença do sistema é causada por um desequilíbrio da energia ou por uma obstrução do seu fluxo. Em outras palavras, uma falta de fluxo no sistema de energia humana acaba levando à doença. Quanto a dor, Gerber (2007) explica que quando a corrente lenta chega a uma área de tensão ou de bloqueio, a pessoa tem uma sensação de dor na área correspondente do corpo. Embora a sensação tenha origem no nível do córtex sensorial, a dor dá a impressão de porvir do corpo físico (Figura 8).

“Aperto no laringeo, peso na cabeça.” PP23

A energia *Reiki*, possui uma intensidade leve, já relatada neste estudo, segundo pesquisas de sua intensidade pode chegar a intensidade do infravermelho, mesmo assim é capaz de penetrar nos *chakras* e restabelecer o fluxo de energia promovendo a desobstrução provocada pela doença. Birocco *et al.* (2012) alegam que o *Reiki* melhora o corpo naturalmente por sua capacidade de curar a si mesmo, por meio do reequilíbrio da energia e, assim, restaurar o bem-estar físico, emocional, mental e espiritual.

“Paz, sonolência, relaxando, pés estavam tensos e caídos para as laterais com a aplicação tomou banho (sensação de limpeza).” PP75

“Senti após o toque no pescoço (calor suado) no início não senti nada depois senti convulsões no corpo, garganta puxando, como se a cabeça tentasse levantar. Tive esta sensação, acelerou o coração. (...)” PP68

Este resultado confirma que as sensações sentidas ao toque estão relacionadas ao reequilíbrio, amortecimento de sintomas ao induzir o relaxamento (KRIEGER, 2000).

Uma possível justificativa neste caso seria a ligação entre *chakras* e corpo, mais especificamente com as glândulas e SNA (Figuras 1 e 2). Segundo Brennan (2006) cada *chakra* está associado a uma glândula endócrina e a um plexo nervoso principal. Os *chakras* absorvem a energia universal primária (*ch'i*⁷, *orgone*⁸, *prana*⁹, etc.), decompõe-na em suas partes e, em seguida, mandam-na, ao longo de rios de energia chamados *nadis*¹⁰, para o sistema nervoso, para as glândulas endócrinas e, depois, para o sangue, a fim de alimentar o corpo.

É o que afirma a Dra. Justa Smith, citando uma pesquisa realizada sobre a cura por imposição de mãos, onde os terapeutas chamam-se curandeiros, sugeriu que os mesmos têm a capacidade de atuar seletivamente sobre diferentes enzimas e modificá-las no sentido de um maior grau de organização e equilíbrio energético. Ao acelerar diferentes reações enzimáticas, os curandeiros ajudam o corpo a curar-se (GERBER, 2007).

Acelerações de reações enzimáticas celulares nos sugerem o equilíbrio hormonal e liberação de endorfinas e outros hormônios necessários, trazendo vários benefícios ao corpo, principalmente a homeostase. O toque com o *Reiki* ativa glândulas ligadas ao *chakra*, harmonizando seu funcionamento e ajudando o relaxamento do corpo e da mente. Comprovou-se o equilíbrio e relaxamento durante a intervenção quando analisamos o sono e sonho, que possuem um poder de reparação da mente e corpo.

A Tabela 6 refere-se ao relato dos pacientes houve sonhos durante a terapia *Reiki*, temos que o P-valor <0,001, ou seja, menor que 0,05, assim, houve diferença proporcional entre as categorias dessa variável prevalecendo a afirmação de sonhos dos pacientes.

Tabela 7 - Distribuição dos dados quanto à lembrança afirmativa ou negativa de sonhos durante a intervenção com *Reiki* em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016

Variável	n	%
Sonhos (p-valor=<0,001)*		
Sim	31	55,4
Não	23	41,1
Não lembra	2	3,6

*Aplicou-se teste qui-quadrado para independência

Fonte: Autoria própria baseada em dados da pesquisa.

⁷ Ch'i é a energia vital, segundo os chineses (BRENNAN, 2006 pg 53).

⁸ Orgone é um tipo de energia universal estudada por Reich (BRENNAN, 2006 pg 56).

⁹ Prana é a energia universal mencionada na tradição espiritual indiana há mais de 5000 anos (BRENNAN, 2006 pg 53).

¹⁰ Nadis são rios de energia que circulam no corpo (BRENNAN, 2006 pg 76).

Durante a terapia *Reiki*, em aproximadamente 10 minutos do início da sessão (anotações da autora), alguns pacientes dormiram e chegaram a sonhar (55,4%), no período da intervenção que durava cerca de 30 minutos.

Os sonhos são a linguagem do cérebro, eles encerram um grande potencial como ferramentas para a compreensão, não apenas da mente inconsciente, mas também para a decifração da consciência espiritual interior e autoconhecimento (GERBER, 2006).

“Desprendi do solo e fui para um lugar alto (tenho medo de altura). Fui para uma montanha quente, mas com neve. Tremi no sonho. Desejava descer para superar o medo de altura.” PP7

“Muito relaxante, cai no sono rápido, alivia muito.” PP86

Ao atuar em todo o corpo físico e etéreo, percebe-se a intensidade do cuidado prestado de forma integral em alguém que tem a tensão e medo como companheiros de vida.

Além das tensões de toda uma vida estar aprisionadas nos diversos *chakras* e regiões do corpo, foi sugerida também a possibilidade de haver bloqueios energéticos correspondentes no tecido do próprio cérebro. Ao atingir o nível cerebral ocorrem alterações no SNC, com o desbloqueio surge o equilíbrio e melhor desempenho da respiração, desenvolvimento do altruísmo e estados de consciência unitária. (GERBER, 2007; KRIEGER, 2000).

Quando o *Reiki* atingiu o corpo físico e energético, houve um desbloqueio das tensões, ocorrendo um cuidado em nível integral, expresso nos relatos.

Isto acontece durante as iniciações e tratamentos com *Reiki*, pois em ambos ocorrem purificação dos *chakras*. É como se o paciente retornasse a seu estado original de nascimento, onde a ausência de preocupações e tensões não interferisse nos *chakras*.

Com o *Reiki* houve uma interação maior entre cuidador e paciente, o toque, as ações educativas, o exercício ensinado, promoveram mais confiança, alegria e recuperação descrita nos relatadas.

Explica Waldow; Motta (2016) que o significado dado ao cuidado refere-se a todas as formas de interagir entre profissionais, pacientes e suas famílias. E este reflete

exatamente a abrangência do cuidado que uma terapia integrativa como o *Reiki* deve apresentar, conhecer o todo para tratar as partes.

Em Dochterman; Bulechek (2008), Moorhead *et al.* (2008), NANDA (2014), encontramos a organização da ciência da enfermagem como arte de cuidar com sua taxonomia própria, com definição de ansiedade (NANDA), intervenção (NOC) e resultados (NIC) sugeridos para as intervenções aplicadas a pacientes independentes ou colaborativos de cuidado direto ou indireto. O *Reiki*, como cuidado, seria para esta taxonomia, uma intervenção como qualquer tratamento, baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados obtidos pelo paciente/cliente.

No Quadro 2, é feita uma apresentação dos resultados encontrados na pesquisa, e sua relação com a sistematização da assistência de enfermagem, relacionada a definição de ansiedade, intervenção e resultados.

Quadro 2 – Apresentação dos resultados da pesquisa com a realização da intervenção com Reiki em pessoas com ansiedade de acordo com as padronizações da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), Intervenções (NIC) e os Resultados (NOC)

Definição de ansiedade (NANDA)	Intervenções (NIC)	Resultados (NOC)	Resultados da pesquisa
Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica cuja fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo; um sentimento de apreensão causado por antecipação de perigo; um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça	Presença	Enfrentamento	Acolhimento
	Redução da ansiedade	SNA Controle dos Sintomas Sinais vitais	Redução da FC e Melhora da Coerência Cardíaca e Respiração (Tabela 4)
	Técnica de acalmar	Concentração	APÊNDICES G e H (Tabelas 5, 6 e 7)
	Aconselhamento	Processamento de Informação	APÊNDICES G e H APÊNDICE D
	Aumento da segurança	Satisfação Interação Social	APÊNDICES G e H (Tabela 6)
	Controle de energia Relaxamento muscular Terapia simples de relaxamento	Nível de Estresse	Tabelas 5 e 7; APÊNDICES G e H desobstrução fluxo de energia
	Controle do comportamento	Autocontrole	APÊNDICES G e H
	Ensino Orientação Antecipada	Autocontrole Concentração Adaptação	Redução da FC e Melhora da Coerência Cardíaca e Respiração

		Sinais vitais Processamento de Informação	(Tabela 4); APÊNDICES G e H APÊNDICE D
	Procedimento/tratamento	Nível de Estresse Adaptação Sinais vitais Saúde Espiritual Nível de dor Bem-estar pessoal Crenças na saúde	Redução da FC e Melhora da Coerência Cardíaca e Respiração (Tabela 4); APÊNDICES G e H (Tabela 5)
	Monitoramento de sinais vitais	Sinais vitais	Redução da FC e Melhora da Coerência Cardíaca e Respiração (Tabela 4)
	Musicoterapia	Nível de Estresse	Redução da FC e Melhora da Coerência Cardíaca e Respiração (Tabela 4); APÊNDICES G e H
	Facilitação do processo de meditação Focalização da imagem	Autocontrole Concentração Adaptação Sinais vitais	Melhora da Coerência Cardíaca e Respiração (Tabelas 4, 5 e 7) APÊNDICES G e H
	Controle do ambiente	Satisfação do cliente	APÊNDICES G e H (Tabela 6)
	<i>Biofeedback</i>	Autocontrole Concentração Adaptação Sinais vitais	Melhora da Coerência Cardíaca e Respiração (Tabelas 4, 5 e 7) APÊNDICES G e H APÊNDICE D

Adaptação de Dochterman e Bulechek (2008); Moorhead *et al.* (2008), NANDA (2014)

Fazendo uma análise comparativa com Moorhead *et al.* (2008), ocorreram os seguintes resultados (Quadro 2) indicando que o *Reiki* melhorou vários parâmetros dentre eles: a saúde funcional (ensino e orientação antecipada), onde o paciente passou a compreender uma importante tarefa básica da vida, a respiração, ampliando seu conhecimento de saúde ao descrever a compreensão e habilidade de aplicar informações para promover, manter e restaurar a saúde, desenvolvendo o auto cuidado; melhorou suas funções orgânicas, mediante alterações no SNA e ativação do sistema nervoso parassimpático (frequência respiratória, frequência cardíaca e consequentemente funcionamento visceral); a energia

apresentou seu estado de conservação e gasto, reduzindo níveis de estresse, promovendo o autocontrole para conter o comportamento que pode ser física ou emocionalmente danoso a si ou a terceiros; ocorreu maturidade física, emocional e social, quando descreve suas relações com os outros e a tolerância a situações causadoras de estresse, promovendo adaptação psicológica e social as circunstâncias da vida; resposta terapêutica quando descrevemos a reação sistêmica do paciente a terapia *Reiki* como um método para recuperar a saúde, capaz de atingir estados neurocognitivos (comunicação, concentração, consciência, nível de hiperatividade, estado neurológico, processamento de informação e tomada de decisão); cardiopulmonar (estado respiratório e ampliação da VFC); saúde percebida quando ocorre as impressões sobre a saúde e os cuidados recebidos, revelando no relato satisfação e alegria; saúde espiritual quando foi revelada uma conexão entre si mesmo, com os outros, com um poder superior, com a totalidade da vida, com a natureza e com o universo que transcende e fortalece a própria pessoa, trazendo bem estar, melhorando o sono e promovendo relaxamento. Portanto estes achados corroboram com a pesquisa de Gomes (2008) onde se percebeu que a intervenção (do cuidar) reduziu o estado de ansiedade da população em estudo.

Os estilos de cuidar na enfermagem variam, compreendendo desde as técnicas, procedimentos, como todas as ações, para prevenir manter e preservar a saúde tanto física como mental e social. Toque, ações de conforto, ações educativas, presenças, estão entre algumas das atividades que, mesmo não prescritas nos prontuários ou manuais, fazem parte das ações de cuidar da enfermagem (WALDOW; MOTTA, 2016).

Este cuidado aplicado com *Reiki* foi capaz de proporcionar vários benefícios para os pacientes, comprovando a eficácia da terapia e como a enfermagem pode inserir ações em sua prática que estão além de prescrições medicamentosas, pois enfermagem é a arte do cuidar e tem a cientificidade a seu dispor para avaliar as intervenções em taxonomia própria da profissão.

6 CONCLUSÕES

Evidenciamos que quase totalidade (82,6%) das participantes eram do sexo feminino e (79,1%) estava na faixa etária de 20 a 60 anos. Quanto a escolaridade (46,5%) possuíam ensino médio e superior completo, mais da metade era católica (60,5%) e quanto a raça (58,1%) eram pardas.

Ao serem questionados sobre considerar ter ou não ansiedade, 84,9% dos participantes responderam sim (eu tenho ansiedade), durante a aplicação do instrumento para triagem, constatou-se que 82,6% tinham ansiedade. Demonstrando que as pessoas possuem capacidade de conhecer a sintomatologia da ansiedade empiricamente e podem achar-se com a doença sem possuí-la.

Constatamos que de seis pessoas que procuram o Posto de Saúde, em média cinco estão com ansiedade, um índice bastante elevado, mas não surpreendente, quando comparamos este número ao que é vislumbrado no cotidiano, das 73 pessoas estudadas, quando questionadas: você considera que tem ansiedade? Em todas as respostas, percebemos que a ansiedade faz parte da rotina de todas, com sintomas físicos característicos, necessitando de anamnese mais detalhada para identificá-la e acolhimento com mais tempo dedicado a consulta dos profissionais da atenção básica de saúde. Para que essa ansiedade não passe de uma simples motivação em viver para sentimentos de angústia, apreensão e sofrimento mental.

Considerando ter ansiedade os participantes citaram em seus relatos sintomatologias físicas, emocionais e mentais. Dentre elas, apresentaram dificuldades em conciliar o sono, bem como situações de convívio familiar conflituosas, revelando preocupações pela incapacidade de resolução das situações geradoras dos problemas, instigando fuga, nervosismo, medo, choro, alterações do humor, dor, sudorese e automutilação. Com grande frequência estas sintomatologias são mencionadas durante as consultas nas unidades de atenção básica, mas de modo isolado e sem a devida vinculação com a saúde mental.

Das 18 características definidoras para ansiedade, o item “refere estar temeroso” foi a única estatisticamente significativa dentre todas as outras comparações entre faixas de idade, sexo e religião, sendo a mais citada por 70,4% de pessoas do sexo feminino. Assim foi possível afirmar que a prevalência de todas as outras 17 características definidoras foi à mesma.

O “temor” citado revela a tensão e o medo causado por inúmeras situações de violência, rotina constante, por viverem em locais onde os índices de criminalidade são alarmantes, como os bairros Maraponga e Mondubim, que fazem parte da área de abrangência do Posto de Saúde.

Os pacientes que esperaram ou retornaram para receber a intervenção com *Reiki*, corresponderam a 79%, comprovando o interesse em receber a terapia. Portanto, houve apenas 21% de faltas na quinta etapa da pesquisa (Fase B).

A música instrumental foi utilizada como recurso terapêutico, tendo sido eficaz para desviar a percepção de ocasionais ruídos externos, em tal caso, ambientes silenciosos proporcionam mais tranquilidade e conseqüentemente mais relaxamento.

Identificamos mudança de energia na sala de atendimento, uma vez que o fenômeno assim interpretado não acontecia em todas as coletas (sessões de *Reiki*), a frequência maior acontecia nos momentos em que a intensidade do *Reiki* foi mais evidente, onde a pessoa absorvia mais energia e as sensações eram mais perceptíveis de ambos os lados. Devido a esta provável mudança de padrão energético na sala, constatou-se pane do aparelho de *biofeedback*, cuja capacidade energética é de 940nm, menor que a intensidade da energia emanada das mãos durante a terapia *Reiki*, mensurada em 1000nm por pesquisa.

Demonstrou-se a necessidade de um preparo anterior a aplicação do *Reiki* e inserção de momento meditativo e ausência de ansiedade em nós, enquanto pesquisadora e reikianas, como fatores geradores de ampliação da capacidade de atuação do *Reiki* e conseqüentemente da energia emanada das mãos, verificando nestes momentos a falha do aparelho de *biofeedback*. O reikiano é, portanto, um canal por onde flui a energia *Reiki*. Quanto mais vazios de pensamentos, maior se torna sua capacidade de reconhecer a essência natural do ambiente, captando mais energia e repassando-a com mais intensidade. Estando assim, em sintonia com o que está emanando, pois se encontra equilibrado de modo integral e poderá estar ligado completamente àquela atividade onde o cuidado é feito na vibração da energia que utiliza do ambiente para o corpo que está recebendo, sendo um canal, sem permitir ser retirada sua energia, o que poderia fragilizar seu corpo. Nesta experiência foi determinante ficar em perfeito equilíbrio para proporcionar um cuidado de enfermagem capaz de doar energia vibracional com maior intensidade.

Durante a intervenção com *Reiki*, realizamos monitoramento com aparelho de *biofeedback* e deste foram obtidos dados do *software* (Nota, Frequência Cardíaca, Não Coerência Cardíaca e Coerência Cardíaca). A variável Nota, que é calculada em função do tempo em que a pessoa passa no estado de coerência cardíaca, que varia de 0 a 10, obteve

uma média de 2,48 antes e 4,86 depois da intervenção com *Reiki*, representando uma melhora de quase o dobro do primeiro monitoramento sem terapia *Reiki*, constatando que sua permanência em estado de coerência cardíaca aumentou.

Outro indicador avaliado foi o estado de não coerência cardíaca que significa estado caótico ou desequilíbrio relacionado a ansiedade e outras tensões. Antes da intervenção com *Reiki* a média foi 59, depois do *Reiki* a média foi 34, ocorreu redução de quase 50% do momento do primeiro para o segundo monitoramento. Este é um indicador cujo valor mais baixo revela que o paciente está entrando em equilíbrio, ou seja, o *Reiki* foi capaz de reduzir a ansiedade.

Houve mudança significativa quando avaliamos a média da Frequência Cardíaca (FC), ocorreu redução de quatro bpm, ao comparar o momento do monitoramento antes da terapia *Reiki* (77bpm) e depois da terapia *Reiki* (73bpm). revelando que o repouso, a energia das mãos, as técnicas interligadas podem trazer benefícios ao sistema cardíaco.

Ao analisarmos a média da coerência cardíaca (estado de equilíbrio), constatamos que ocorreu um aumento significativo, ultrapassando em 11 vezes o valor definido no desfecho primário do estudo. Assim as médias do estado de coerência cardíaca, antes da intervenção com *Reiki* foi nove e depois da intervenção com *Reiki* foi 31, constando redução da ansiedade. Este resultado do *biofeedback* cardiovascular atestou a auto-regulação fisiológica do sistema nervoso autônomo (SNA), que ocorre principalmente quando o ritmo cardíaco entra em sincronia e ressonância com o ritmo respiratório, aumentando a amplitude das oscilações do batimento cardíaco (VFC). O aumento da VFC ou HRV (*Heart Rate Variability*) sinaliza boa adaptação fisiológica do indivíduo e está vinculada a melhores taxas de sobrevivência em pacientes que sofreram ataques cardíacos súbitos e arritmias letais.

Os achados revelaram o valor máximo da frequência cardíaca obtida, antes do *Reiki* (102bpm) e depois do *Reiki* (125bpm), este ultimo valor ocorreu em um paciente do sexo masculino, com diagnóstico médico de síndrome do pânico e ansiedade, que faz uso de dois medicamentos para controle da sintomatologia ligada a sua patologia. Devido a grande expectativa deste paciente quanto ao monitoramento, ele não conseguiu relaxar em nenhum momento. Este fato demonstra a necessidade de inserção de outras formas de cuidado em casos extremos de ansiedade e a colaboração do paciente como um determinante de sucesso na intervenção.

O *Reiki* e a respiração focada no *Tanden*, foram capazes de melhorar o estado de ansiedade, proporcionando relaxamento e respiração menos tensa e fisiológica. Ocorrendo

quando o paciente atinge um estado de meditação, respirando mais lenta e profundamente, sincronizando a atividade cardíaca.

Foram relatadas sensações de quente, frio, pulsação nos locais tocados (*chakras*), decorrentes da energia emitida pelas mãos. O registro das mestras constatou que os pacientes cuidados apresentam mais necessidade de energia quente no *chakra* coronário e frio nos pés.

A visualização de cores e luzes surge mediante estímulo do circuito límbico pelo circuito primário do córtex sensorial ativado no córtex occipital, relaxando e removendo tensões e melhorando a respiração.

Ao aplicarmos o *Reiki* no *chakra* da cabeça (coronário), houve estimulação do SNC (córtex sensorial envolvendo o sistema límbico no lobo temporal e complexo amigdalóide, pois segundo os relatos ocorreu a sensação de relaxamento, dando a sensação de leveza e flutuação. Esta sensação ocorre mediante estimulação do sistema vestibular (controle gravitacional do corpo). Supõe-se que o magnetismo das mãos aplicado na cabeça (têmporas) provoca a inibição da conexão nervosa que proporciona a contração muscular que nos deixa a sensação de firmeza no solo.

Constatamos que a emoção está relacionada a circuitos cerebrais distintos que podem ser influenciados para ajudar pessoas com ansiedade. A energia emitida pelas mãos comprovou esta ação diante dos depoimentos dos pacientes após o *Reiki*, as falas revelaram estímulo do sistema nervoso simpático (alerta) e ativação do sistema nervoso parassimpático (relaxamento).

Ao realizar a imposição de mãos nos *chakras* dos pacientes, eles relataram sensações advindas das mãos das três mestras de *Reiki*, principalmente o quente, confirmando a existência da energia ampliando sua força e atuação local. Esta energia ou forma de calor pode ser quente ou fria, as vezes neutra, e foi acompanhada de sensações físicas relacionando a energia com alterações no corpo.

O primeiro *chakra* tocado foi o sétimo (coroa) que obteve maior intensidade de quentura em (94,6%) emanadas das mãos das mestres durante a intervenção, seguido pelo quarto *chakra* (coração) com (91,1%), sexto *chakra* (frontal) com (91,1%) e terceiro *chakra* (plexo solar) com (87,5%) e menos intensidade de quente nos *chakras* dos pés (69,6%), que obteve maior quantidade de percepção do frio (10,7%). Os valores correspondentes destes quatro *chakras* principais são aproximados, comprovando que o fluxo alterado em um pode afetar os outros igualmente.

O paciente com ansiedade, em análise do seu sétimo *chakra*, apresenta dissociação da fé como alicerce para sua caminhada na terra. Falta algo, que angustia e leva a desilusão, perda da identidade pessoal, gerando confusão mental e dúvida.

Há semelhança entre a meditação e o *Reiki*, pois há introspecção, autoconhecimento, conexão com o divino, alívio de pensamentos. As sensações relatadas diante do toque nos *chakras* de pessoas com ansiedade revelam obstrução fluxo de energia. Em momentos de meditação podem ocorrer desbloqueios em áreas do cérebro que provocam sensações semelhantes as relatadas por pacientes e registradas pela autora, como: os estímulos na cabeça, MMII e MMSS (espasmos), pés (frio) e sensação de energia fluindo dos pés para as pernas. Os desbloqueios energéticos trazem o altruísmo e a consciência unitária, promovem a cultura de paz. Estas sensações descritas que estão além do calor, devem-se a passagens de energia seladas em busca do retorno ao fluxo original. Esta absorção de energia das mãos confirma que as emoções desgastam a energia vital das pessoas em vários locais, principalmente nos centros energéticos.

A redução de energia nestes *chakras* provoca alterações físicas, emocionais, mentais e espirituais, assim surge um relato sem fé, com medo, sem objetivos e pautado no pensamento futuro. Constatou-se que todos os *chakras* precisam de energia, o corpo precisa de energia, pois os *chakras* os alimentam. Esses resultados levam a crer que a energia *Reiki* penetrou nos *chakras* e restabeleceu o equilíbrio desobstruindo o fluxo de energia quando houve tentativa do paciente em ressignificar suas emoções, entregando-se ao momento de relaxamento e evitando pensamentos que traziam angústia. Esta mudança de foco para sentimentos agradáveis foi fundamental na auto-cura.

Após o *Reiki* houve mudança de expressão facial de quase totalidade dos pacientes (85,8%), revelando agradabilidade e satisfação.

Como cuidado de enfermagem melhorou estados neurocognitivos (comunicação, concentração, consciência, hiperatividade, processamento de informações e tomada de decisão). A saúde espiritual, percepção de si mesmo durante o relaxamento e sensação de paz. Na fala de 100% dos participantes houve confirmação de relaxamento e bem estar.

Durante a terapia *Reiki*, em aproximadamente 10 minutos do início da sessão, alguns pacientes dormiram e chegaram a sonhar (55,4%). Constatando que os ruídos do ambiente na atenção básica, não foram incômodos para alguns pacientes.

Atuou na saúde funcional (ensino e orientação antecipada), onde o paciente passou a compreender uma importante tarefa básica da vida, a respiração, ampliando seu

conhecimento de saúde ao descrever a compreensão e habilidade de aplicar informações para promover, manter e restaurar a saúde desenvolvendo o autocuidado.

O *Reiki* leva a prática do autoconhecimento, ao usar a mente de modo positivo, é possível diluir bloqueios que se cria na vida que geram as raízes das doenças. Assim tomamos consciência que as pessoas causam suas doenças e é possível curá-las mudando atitudes, praticando o amor a si mesmo e ao próximo.

O *Reiki*, como cuidado de enfermagem restabeleceu a energia reduzindo os níveis de estresse, melhorou o autocontrole, mantiveram relações sociais, quando surgiu um relato de maturidade emocional e social ao descrever suas relações com os outros e a tolerância a situações causadoras de estresse, promovendo adaptação psicológica e social às circunstâncias da vida.

É notório o quanto o *Reiki* beneficia as pessoas, tanto nos relatos e comprovação dos resultados verificou-se a presença de bem estar em níveis neurológicos, cardiorrespiratórios, emocionais, mentais e espirituais. É uma terapia simples e completa, com semelhança a outras terapias de imposição de mãos. Verificamos que mesmo em ambiente como o de um Posto de Saúde, há condições de realizar intervenção com *Reiki* e obter resultados satisfatórios.

Assim sendo, a hipótese que procurou verificar se a energia vital externa por meio da terapia *Reiki* seria capaz de restaurar o equilíbrio humano, foi comprovada, quando se constatou que houve melhora da coerência cardíaca, aumento das próprias energias internas do indivíduo, havendo efeito restaurador, calmante e redutor da ansiedade. Os objetivos foram alcançados com êxito, ao analisar a contribuição do *Reiki* como cuidado de enfermagem em pessoas com ansiedade na Estratégia Saúde da Família.

Portanto os vários resultados demonstram a importância da inserção das PICs, incluindo o *Reiki*, na Estratégia Saúde da Família do Brasil. Além dos benefícios para a população, ocorre a valorização e autocuidado profissional, respectivamente com a divulgação de suas ações e com a prática em si mesmo de técnicas capazes de ajudá-los a promover preservar sua saúde.

7 RECOMENDAÇÕES

O cuidado de enfermagem aplicado com o *Reiki* na atenção básica, demonstra que o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família pode e deve ser ressignificado, principalmente quando os recursos disponíveis não satisfazem os desejos de bem estar dos pacientes.

Seria importante que o terapeuta atendesse somente em estados de tranquilidade, condições físicas e emocionais equilibradas para desenvolver procedimento energético com maior eficácia. O reikiano é, portanto, um canal por onde flui a energia *Reiki*. Quanto mais vazios de pensamentos, maior se torna sua capacidade de reconhecer a essência natural do ambiente, captando mais energia e repassando-a com mais intensidade.

Apesar de nem sempre as pessoas estarem deitadas recebendo *Reiki* em um Posto de Saúde, deve-se considerar que ao buscar atendimento nestes locais, os pacientes sempre trazem uma demanda de acolhimento, necessidade de paz, prevenção e cura de hipertensão, diabetes, ansiedade, estresse dentre outras. Seria benéfico aos pacientes acompanhados na Estratégia Saúde da Família ter a disposição locais onde seja possível haver relaxamento, assim no silêncio, poderia ser que o doente encontrasse uma solução para seus problemas emocionais e pessoais de suas relações, realizando a introspecção.

É importante que as Universidades possam desenvolver mais pesquisas na área das PICs, incentivando seus futuros profissionais a conhecer e receber terapias, incluindo o *Reiki*, com a finalidade de despertar a curiosidade e desenvolver o auto-cuidado.

As instituições formadoras em *Reiki* precisam repensar o modo como capacitam e treinam novos reikianos. Desmistificar a espiritualidade incluir as questões fisiológicas como conhecimento da ação do *Reiki*. As formações devem acontecer sem burocracia, com a finalidade de promover o altruísmo e a consciência unitária, promovendo a Cultura de Paz, gerada a cada auto-aplicação no terapeuta e paciente.

Implantar a terapia *Reiki* em instituições públicas poderá trazer redução dos gastos com materiais de insumos e remédios, já que o custo financeiro é quase zero.

É importante a inserção das PICs, incluindo o *Reiki*, na Estratégia Saúde da Família do Brasil e na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.F.M. **Ensino na Saúde: aproximação entre teoria e prática**. Fortaleza: Edições UFC, 2016. 418p.

BARRETT, J. Pathways for processing noise: heart health and the sounds of everyday life. **Environmental Health Perspectives**, v. 121, n.5. p.167, 2013. Disponível em: <<https://www.questia.com/article/1G1-331927624/pathways-for-processing-noise-heart-health-and-the>>. Acesso em: 02 de maio de 2016.

BERGAMASCO, E.C.; ROSSI, A.R.L.; CARVALHO, C.E.; DALRI, B.M.C. Diagnósticos de medo e ansiedade: validação de conteúdo para o paciente queimado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 2, p. 170-177, mar./abr. 2004, Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000200008>>. Acesso em: 03 de março de 2015.

BÍBLIA. **Sabedoria de Salomão, 9;14**. São Paulo:Ed Paulinas, 2011. p 778.

BIROCCO, N. *et al.* The Effects of Reiki Therapy on Pain and Anxiety in Patients Attending a Day Oncology and Infusion Services Unit. **American Journal of Hospice & Palliative Medicine**, v. 29, n. 4, p. 290-294, 2012. Disponível em: <<http://ajhpm.sagepub.com>>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

BUXTON, O. M. *et al.* Sleep disruption due to hospital noises: a prospective evaluation. **Ann Intern Med.**, v.157, n.3, p.170, aug. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22868834>>. Acesso em: 09 de março de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 56p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 22 de janeiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3. Brasília. **Relatório...** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília : CONASS, 2007. 232 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecoes_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Ambi%C3%A4ncia.pdf>>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687 de 30 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 08 de janeiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-971.htm>>. Acesso em: 06 de janeiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 86 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0416_M.pdf>. Acesso em: 06 de janeiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/pactos/pactos_vol4.pdf>. Acesso em: 12 de janeiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 06 de janeiro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/ 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: CNS, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 22 fevereiro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 272/2002**: dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde brasileiras. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 2012c.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**/Ministério da Saúde. 2.ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 96 p.

BRENNAN, Barbara Ann. **Mãos de Luz**. 21. ed. São Paulo: Pensamento, 2006. 384p.

BRENNAN, Barbara Ann. **Luz Emergente: a jornada da cura pessoal**. 9.ed. São Paulo: Cultrix, 2006a. 521p.

CHIAVERINI, D.H *et al.* (Organizadora). Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica. *In: Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. p 237-239.

CHIAVERINI, D.H *et al.* (Organizadora). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011a.

CHERNICHARO, I.M. *et al.* Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.66, n.4, July/Aug. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400015>. Acesso em: 29 de julho de 2015.

COGHI, M.F. **Sensor de batimento cardíaco auricular ou digital**. Mensagem recebida por <lucordeiro512@hotmail.com> em 20 de junho de 2016.

COGHI, M.F. **Validação do CardioEmotion**. Mensagem recebida por <lucordeiro512@hotmail.com> em 11 de fevereiro de 2015a.

COGHI, M.F. **Perguntas sobre CardioEmotion**. Mensagem recebida por <lucordeiro512@hotmail.com> em 3 de maio de 2015b.

CONATORE, O.A. *et al.* Uso, cuidado e política das práticas integrativas e complementares na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.10, Oct. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003263&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 fevereiro de 2015.

CORDEIRO, L. R.; SOUZA, A. M. A. Reiki com profissionais de saúde: iniciação de uma prática integrativa complementar para mudanças em níveis espiritual, profissional e pessoal. *In: MATOS, K. S. L. de (Org.). Cultura de paz, ética e espiritualidade IV*. Fortaleza: Edições UFC, 2013. p. 487-499.

CORIOLO-MARINUS, M.W.L. *et al.* **Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família**. Interface. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600007>. Acesso em: 27 Abr. 2015.

CONSULTANT, K.P.N.S. Anxiety. Child and Adolescent Psychiatrist. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 51, n. 3, p. 285–286, March. 2015. Disponível em: <<http://link-periodicos-capes-gov>>. Acesso em: 04 de maio de 2016.

CRYAN, J.C.; SWEENEY, F.F. The age of anxiety: role of animal models of anxiolytic action in drug discovery. **British Journal of Pharmacology**, v. 164, n.4, sep. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21545412>>. Acesso em: 02 de maio de 2016.

CURY, A. **Ansiedade: como enfrentar o mal do século: como e porque a humanidade adoeceu coletivamente, das crianças aos adultos**. São Paulo: Saraiva, 2014.

CROSS, John R.; CHARMAN, R. **Healing with the Chakra Energy System: Acupressure, Bodywork, and Reflexology for Total Health.** North Atlantic Books, 2006, 305 p.

DAHLKE, R. et NEUMANN. **A Respiração como Caminho da Cura: regeneração física, psíquica e espiritual através da nossa capacidade mais elementar.** São Paulo: Cultrix, 2009, 248p.

DE'CARLI, J. **Reiki universal.** São Paulo: Madras, 2006.

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. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n.5, p.1132-1138, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000500010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 2 de fevereiro de 2015.

DEMIR, M.*et al.* Effect of Reiki on symptom management in oncology. **Asian Pac J Cancer Prev**, v.14, n.8,p. 4931-4933, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/.../257299904_Effect_of_Reiki_on_Symptom_Manage>. Acesso em: 02 de janeiro de 2015.

DOCHTERMAN, J.M.; BULECHEK, G.M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC).** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 988 p.

ESPERIDIÃO-ANTONIO. V. *et al.* Neurobiologia das emoções. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 35, n.2, p.55-65, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n2/a03v35n2>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

FORMOZOL, G. A. *et al.* As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.124-7, jan./mar. 2012.

FRANCO, L.C. *et al.* Terapias não farmacológicas no alívio da dor neuropática diabética: uma revisão bibliográfica. *Acta paul. enferm.*, v.24, n.2, p. 284-288, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002011000200020&lng=en&nrm=iso>.ISSN0103-2100. <http://dx.doi.org/10.1590/S010321002011000200020>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

FREITAG, V. L. *et al.* Benefícios do Reiki em população idosa com dor crônica. **Texto contexto - enferm.**, v.23, n.4, p. 1032-1040, dez. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001850013>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

FREITAG, V. L. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. **Enfermería Global**, n. 38, p.346-356, abril 2015. Disponível em: <revistas.um.es/eglobal/article/download/200511/174261>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 207 p.

GOMES, V. M.; DA SILVA, M.J.P.; ARAÚJO, E.A.C. Efeitos gradativos do toque terapêutico na redução da ansiedade de estudantes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.6, Nov./Dec. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600008>. Acesso em: 30 de julho de 2015.

GOMES, J.; COGHI, M.; COGHI, P. Biofeedback Cardiovascular e suas aplicações: revisão de literatura. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v.32, n.2, p. 199-216, 2014.

GUTMAN, Guilherme. Estresse, ansiedade e depressão; não necessariamente nessa ordem. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.13, n.2, p. 361-367, junho, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v13n2/16.pdf>>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2015.

GERBER, R. **Medicina Vibracional: uma medicina para o futuro**. 9.ed. São Paulo: Cultrix, 2007. 463p.

GUYTON, A.C. **Fisiologia Humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

HARMONIE AROMATERAPIA. **Aromaterapia Óleo Essencial de Olíbano**. Disponível em: <<http://harmoniearomaterapia.com.br/loja/oleo-essencial-de-olibano-5ml>>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

HONERVOGT, T. **Reiki para a Cura Emocional**. São Paulo: Editora Pensamento, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Coordenação de Trabalho e Rendimento Pesquisa nacional de saúde: 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores**. 2009. Rio de Janeiro, 2010.

JUNIOR, A.B. **Transforme sua vida com o Reiki**: guia prático de cura e iniciações. São Paulo: Universo dos Livros, 2006. 128p.

KESLLER, U.K. **Reiki: o caminho do coração**. São Paulo: Grond, 1998. 235p.

KRIEGER, Dolores. **Toque Terapêutico: novos caminhos da cura transpessoal**. 9.ed. São Paulo: Cultrix, 2000. 241p.

KAIPPER, M.B. **Avaliação do Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) através da análise de rach**. Dissertação (mestrado). 2008. - Faculdade de Medicina, Programa de pós graduação em medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008.

LANTYER, A.S. *et al.* Biofeedback no tratamento de transtornos relacionados ao estresse e à ansiedade: uma revisão crítica. **Psico-USF**, v.18, n.1, p. 131-140, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712013000100014>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2015.

LATARO, M.R. **Importância do restabelecimento da arritmia sinusal respiratória na função cardíaca em doenças cardiovasculares**. 2013. Disponível em: <<http://www.bv.fapesp.br/pt/bolsas/140500/importancia-do-restabelecimento-da-arritmia->

sinusal-respiratoria-na-funcao-cardiaca-em-doencas-cardi/>. Acesso em: 02 de janeiro de 2016.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Sociedade**, v.20, n.4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>>. Acesso em: 22 fevereiro de 2015.

LEITE, F.B.T. **O biofeedback cardíaco como ferramenta complementar para psicólogos e psicanalistas**. BLOG. 2016. Disponível em: <http://www.nptronicshop.com.br/loja/o-biofeedback-cardiaco-como-ferramenta-complementar-para-psicologos-e-psicanalistas/?utm_campaign=npt&utm_medium=email&utm_source=RD+Statio>.

MATTA, A. P. C.; MOREIRA FILHO, P. F. Sintomas depressivos e ansiedade em indivíduos com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.61, n.4, p. 991-994, mar. 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000600019>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2015.

McKENZIE, Eleanor. **A Bíblia do Reiki: o guia definitivo para a arte do Reiki**. São Paulo, 2010. 400p.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

MERCIER, P. **A Bíblia dos Chakras**. Editora Pensamento, 2014. 400p.

MONDIN, T.C. *et al.* Anxiety disorders in young people: a population-based study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.35, n.4, p. 347-352, dez. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1155>>. Acesso em: 10 fevereiro de 2015.

MOORHEAD, M.J.; MAAS, M. **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Editora Artmed, 2008. 872p.

MOREIRA, M.A.D.M. *et al.* **Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura**. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.10, oct. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1155>>. Acesso em: 11 fevereiro de 2015.

MYSS, Caroline. **Anatomia do Espírito: os sete estágios do poder e da cura**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000. 318p.

NARAGON-GAINEY, K.; WATSON, D. **Clarifying the dispositional basis of social anxiety: A hierarchical perspective**. United States. *Personality and Individual Differences*, v.50, p.926-934, 2011. Disponível em: <www.protalcaps.com.br> Acesso em: 03 de maio de 2016.

NASCIMENTO, D.G. **O reiki na escola: educação e cultura de paz na Escola Estadual Professor Plácido Aderaldo Castelo**. 2014. 129p. Dissertação (Mestrado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2014.

NANDA INTERNACIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações**, 2012-2014. São Paulo: Atmed, 2013.

NARDI, A.E. *et al.* Novas tendências de transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.34, supl.1, junho de 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462012000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Fevereiro de 2015.

NETO, J.F.R.; *et al.* Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional. Rio de Janeiro. **J.bras.psiquiatr.**, v.57, n.4, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000400002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 abr.2015.

NOGUEIRA, M.V.B. *et al.* PRO-PET saúde UFC e terapia Reiki: relato de experiência. CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11. Anais. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação (Suplemento)**. Botucatu, supl. 3, 2014.

NORA, C.R.D.; JUNGES, J.R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.6, Dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601186>. Acesso em: 30 Abr. 2015.

NPT-NEUROPSICOTRONICS LTDA. **Manual do Usuário: cardioEmotion®**. São Paulo, 2014a.

NPT-NEUROPSICOTRONICS LTDA. **Manual de funcionamento do cardioEmotion®**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.nptronicsloja.com.br/loja/comofunciona>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2015a.

NPT-NEUROPSICOTRONICS LTDA. **Licença de uso do aparelho Cardioemotion®**. São Paulo, 2014c.

NPT-NEUROPSICOTRONICS LTDA. Informações sobre a validação do **Cardioemotion®**. São Paulo, 2015b.

NUNES, Francisco. CD **Sinfonia do Espírito – Música Instrumental**. Fortaleza: Sonata, 2006.

OHNISHI, T.S.; OHNISHI, T. How Far Can Ki-energy Reach?—A Hypothetical Mechanism for the Generation and Transmission of Ki-energy. **Evid Based Complement Alternat Med.**, v.6, n.3, p. 379–391, sep. 2009. Disponível em: <10.1093/ecam/nem102>. Acesso em: 04 de maio de 2016.

OLIVEIRA, R.M.J. **Avaliação de efeitos da prática de imposição de mãos sobre os sistemas hematológicos e imunológicos de camundongos machos**. 2003. 96f. Dissertação (Mestrado em Ciências), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, R.M.J. **Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse: estudo placebo e randomizado**. 2013. 191f. Tese (Doutorado em Ciências), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

OPPA, D.F. **Atividade física no lazer e qualidade de vida relacionada á saúde em ex-atletas de atletismo de Santa Catarina.** 2013. 75f. Dissertação (Mestrado em Educação Física), Faculdade de Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (WHO). **Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde Mental:** nova concepção, nova esperança. Geneva, 2001.150p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários:** uma perspectiva global. Portugal, 2008. 250p.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** – avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. São Paulo: Artmed, 2011.

POMPEO, D. A. *et al.* Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação do diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.22, n.4, p.434-8, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000400014>. Acesso em: 02 de janeiro 2015.

SALLES, L.F. *et al.* Efeito do *Reiki* na hipertensão arterial. **Acta paul. enferm.**, v.27, n.5, p. 479-484, outubro 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400078>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2015.

SANCHES, S.H.B. *et al.* Ansiedade e hipermobilidade articular associação: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.34, suppl.1, p. 53-60, junho 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462012000500005>>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2015.

SANTOS, L.N.M. *et al.* Relações interpessoais na estratégia saúde da família: reflexo na qualidade dos cuidados de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.8, n.1, p.155-9, jan. 2014. Disponível em: <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../8360>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2015.

SILVA, C. R. L.S; SILVA, R. C.S; VIANNA, L.V. **Compacto Dicionário Ilustrado de Saúde e Principais Legislações de Enfermagem.** 4 ed. São Paulo:Yendis, 2009.1110p.

SOARES, D.A. *et al.* Competência interpessoal no cuidado de pessoas com diabetes: percepção de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.64, n.4, p. 677-83, jul./ago. 2011.

SOUZA, M.L. *et al.* O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enferm.**, v, 14, n.2, p.266-70, Abr./Jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a15v14n2>>. Acesso: 24 de fevereiro de 2015.

SOUZA, I.M.C. *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.11, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001100014&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 10 fevereiro de 2015.

TAYLOR, R. C. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem. A Arte e a Ciência do Cuidado de Enfermagem.** 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.1768p.

TROST, W. *et al.* Mapping Aesthetic Musical Emotions in the Brain. **Cerebral Cortex**, v.22, p. 2-15, dec. 2011. Disponível em:
<<http://cercor.oxfordjournals.org/content/early/2011/12/15/cercor.bhr353.full.pdf+html>>.
Acesso em: 02 de maio de 2016.

USUI, M.; PETTER, F.A. **Manual de Reiki do Dr. Mikao Usui.** 6. ed. São Paulo: Pensamento, 2014. 79p.

WALDOW, V.R.; MOTTA, M.G.C. **Conhecer e Cuidar.**Jundiaí:Paco Editorial, 2016.
WILT, J. *et al.* **Anxiety in personality. Elsevier - Journal homepage Personality and Individual Differences**, United States, v. 50, 987–993, 2011. Disponível em:
<www.elsevier.com/locate/paid>. Acesso em: 04 de janeiro de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). **Traditional Medicine Strategy.** Geneva, 2002. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1.pdf>.
Acesso em: 24 fevereiro de 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). **Urges development programmes to include people with mental and psychosocial disabilities.** People with mental disabilities cannot be forgotten. News release. Geneva, 2010. Disponível em:<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_disabilities_20100916/en/>.
Acesso: 23 de fevereiro de 2015.

ANEXOS

ANEXO A - Certificados das mestras de *Reiki* que participaram da pesquisa

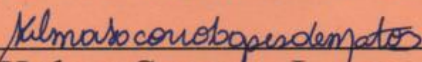
Certificado

REIKI

Sistema Usui de Cura Natural

Certifico que **Luciana Rodrigues Cordeiro** é Mestre em Reiki. Completou os níveis III A e IIIB de REIKI – **Sistema Usui de Cura Natural.**

Fortaleza, 20 de setembro de 2008



Kelma Socorro Lopes de Matos

Mestre em Reiki





Certificamos

Só por hoje:

Não te irrites

Não te preocupes

Sê grato

Trabalha arduamente

Sê bondoso para com todos

Mikao Usui

que Valdine Saraiva Menezes Marques de Lima

participou do **Curso de Reiki Nivel III B, cumprindo**

30h de carga horária teórica e prática.

Cumpriu satisfatoriamente as atividades e com esta formação

tomou-se terapeuta reikiano(a).

Apoio Associação de Reiki e Terapias Holísticas e Laboratório de Práticas Alternativas em Saúde (LABPAS – DENF- UFC).

Fortaleza, 23 de junho de 2015

Angela Maria Alves e Souza

Mestre em Reiki USUI Tradicional

Enfermeira docente da Universidade Federal do Ceará (UFC)
Coordenadora do Laboratório de Práticas Alternativas em Saúde (LABPAS – DENF-UFC).

TR-CE N° 003-14

Luciana Rodrigues Cordeiro

Mestre em Reiki USUI Tradicional e Tibetano

Presidente da Associação de Reiki e Terapias Holísticas-ARTEH

TR-CE N° 001-14



ASSOCIAÇÃO DE REIKI E TERAPIAS HOLÍSTICAS

Só por hoje:

- Não te irritas
- Não te preocupas
- Sê grato
- Trabalha arduamente
- Sê bondoso para com todos
- Mikao Usui

Certificamos

que Josefa Ivante Rodrigues Cordeiro participou do **Curso de Reiki Nível IIIB**, cumprindo 30h de carga horária teórica e prática. **Cumpriu satisfatoriamente as atividades e com esta formação tomou-se terapeuta reikiano(a).**

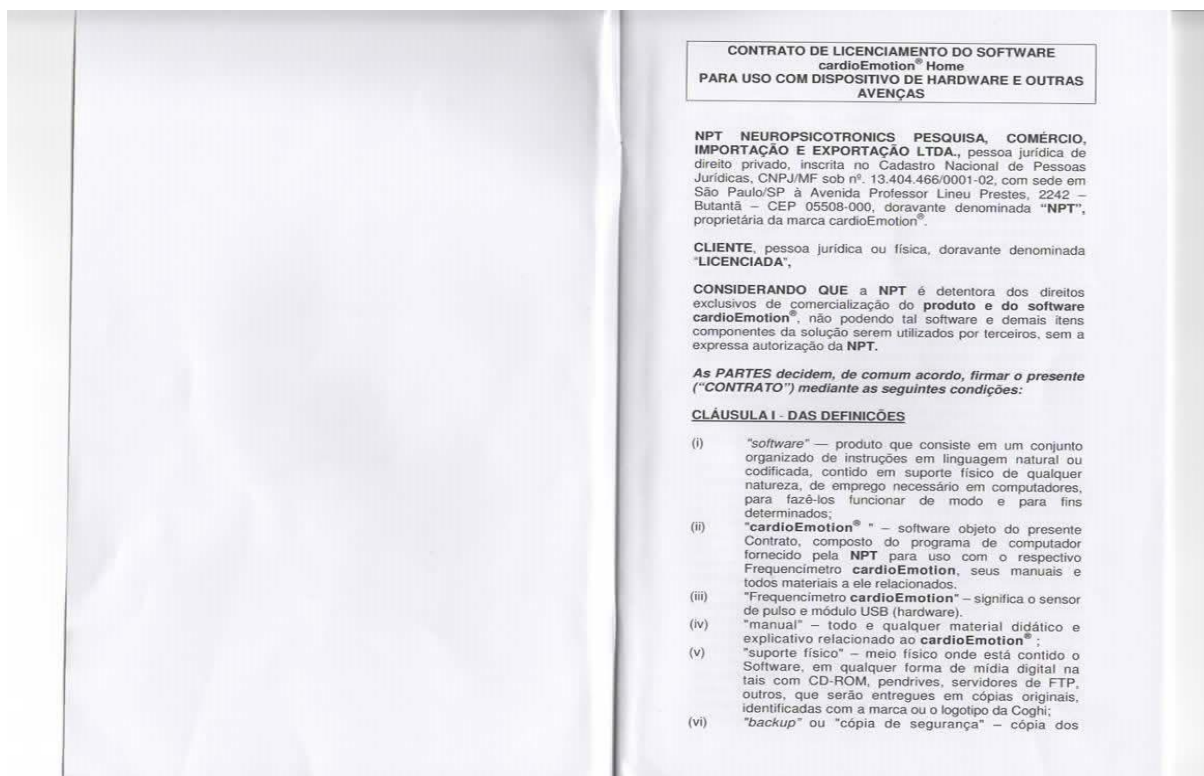
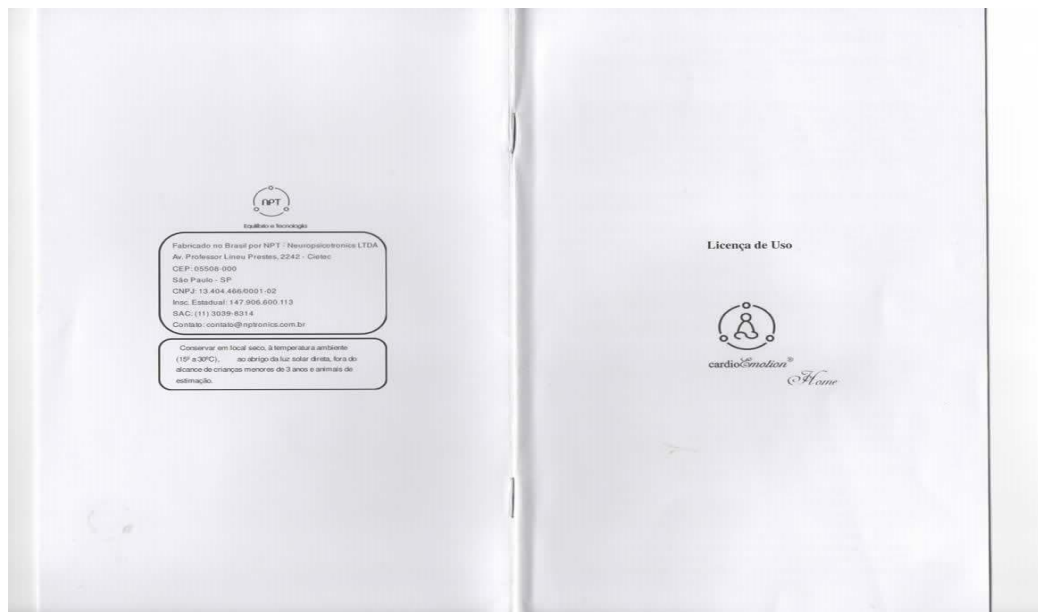
Apoio Associação de Reiki e Terapias Holísticas e Laboratório de Práticas Alternativas em Saúde (LABPAS – DENF- UFC).

Fortaleza, 23 de junho de 2015

Angela Maria Alves de Souza
 Mestre em Reiki USUI Tradicional
 Enfermeira docente da Universidade Federal do Ceará (UFC)
 Coordenadora do Laboratório de Práticas Alternativas em Saúde (LABPAS – DENF-UFC).
 TR-CE N° 003-14

Luciana Rodrigues Cordeiro
 Mestre em Reiki USUI Tradicional e Tibetano
 Presidente da Associação de Reiki e Terapias Holísticas-ARTEH
 TR-CE N° 001-14.

ANEXO B - Licença de uso do aparelho de *biofeedback* - *cardioEmotion*®



ANEXO C - Princípios do *Reiki*

Só por Hoje não me preocupo

Só por hoje não terei raiva

Só por hoje serei honesto

Só por hoje amarei todos os seres

Só por hoje serei grato.

Mikao Usui

ANEXO D - Técnica de Respiração

Retive o ar e a energia inspirada no *Tanden* durante alguns segundos, imagine a energia do *Tanden* distribuindo-se por todo o corpo, energizando-o, expire pela boca e imagine o ar e a energia *Reiki* sair pela boca, pela ponta dos dedos das mãos e dos pés e pelos *chakras* desses membros do corpo (USUI et PETTER, 2014, p. 23).

ANEXO E - ÓLEO ESSENCIAL DE OLÍBANO - 11ml *Boswellia carteri*

A resina olíbano e a mirra, foram as primeiras resinas usadas como incenso. O olíbano é importado do Egito há cerca de 5 mil anos. Primeiro foi usada como incenso, e depois em cosméticos. Sob forma de incenso, foi usada também para fumigar pessoas doentes para expulsar os maus espíritos que lhes causavam a doença. Os egípcios a usavam em muitas máscaras faciais de rejuvenescimento. O olíbano foi uma das substâncias mais apreciadas do mundo antigo. Esteve sempre disponível em abundância, e quase se tornou sinônimo da palavra incenso. Nos tempos antigos, o olíbano, bem como vários outros aromáticos, foram tão valiosos quanto gemas ou metais preciosos, daí a oferta de ouro, incenso (olíbano) e mirra ao Cristo menino. Seu valor era tal que teve considerável influência na economia de certos países, sendo causa frequente de disputas políticas. A resina é extraída fazendo-se uma incisão profunda no tronco, abaixo da qual se retira uma pequena faixa de casca. Na semana seguinte, exsuda um líquido leitoso que, em contato com o ar, endurece lentamente.

A essência de olíbano lembra a de cânfora ou terebintina, mas também tem um timbre apimentado, lenhoso, que lhe dá odor muito mais agradável do que aqueles. O óleo é claro e mistura-se bem com a maioria das outras essências, incluindo cânfora, sândalo, hortelã-pimenta e manjeriço. O óleo de olíbano possui algumas virtudes particulares, e o perfume não é a menor delas. O olíbano possui também efeito marcante sobre as membranas mucosas e é um excelente expectorante. Como inalação ou internamente, é um bom remédio em todas as condições catarrais, quer da cabeça, pulmão, estômago ou intestinos. Tem afinidade com os tratos pulmonar e genitourinário, e é de eficácia nas tosses, bronquites, laringites, deficiência respiratória; e também para leucorreia, gonorreia, e infecções do trato urinário como cistite e nefrite. Suas propriedades adstringentes tornam-no útil em hemorragias, especialmente uterina e pulmonar. Ele também é bom para digestão. Externamente, pode ser usado em feridas e úlceras. É bom para todo desarranjo do útero e é de uso seguro na gravidez e parto. Possui efeito quente e refrescante sobre as emoções. Também foi muito usado nos preparados de cuidado da pele no século passado. É adstringente, levemente anti-inflamatório, evitando rugas. Fonte: http://www.phytoterapica.com.br/loja/index.php?route=product/product&product_id=98

ANEXO F – Áreas com mais homicídios em Fortaleza

ÁREAS COM MAIS HOMICÍDIOS

Locais que concentraram maior número de assassinatos em janeiro

Total de homicídios

229

em bairros fora das áreas nobres, a maioria na periferia

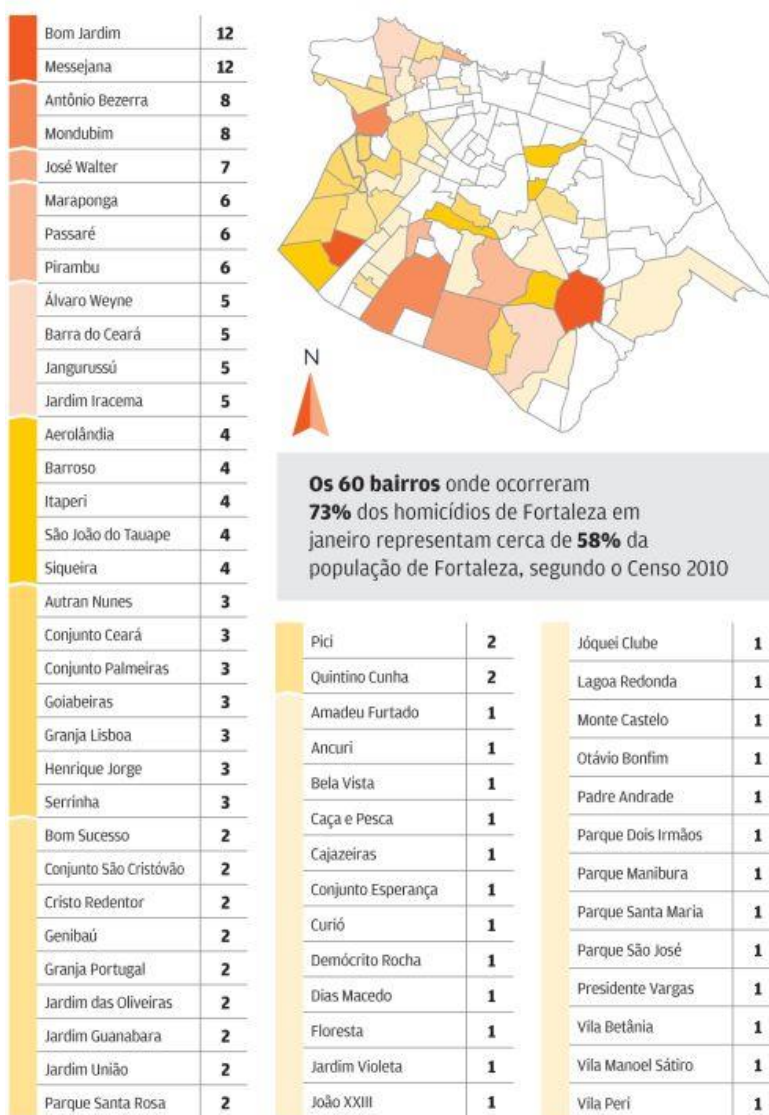
167

homicídios ocorridos longe das periferias

62

FONTE: Coordenadoria de Medicina Legal (Comel)

Onde se concentra a maior parte dos homicídios



FONTE: Coordenadoria de Medicina Legal (Comel)

Fonte:

<http://www.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2015/02/23/noticiasjornalcotidiano,3396670/os-territorios-onde-mais-se-mata-em-fortaleza.shtml>

APÊNDICES

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “*Reiki* como cuidado de enfermagem em pessoas com ansiedade no âmbito da Estratégia Saúde da Família”. Os objetivos desta pesquisa são os seguintes: analisar a contribuição do *Reiki* como cuidado de enfermagem em pessoas com ansiedade na Estratégia Saúde da Família; verificar se a intervenção com *Reiki* é capaz de alterar o estado de coerência cardíaca; identificar as contribuições do *Reiki* como cuidado de enfermagem em pessoas com ansiedade.

Para compreensão desta pesquisa são descritos abaixo alguns conceitos:

O ***Reiki*** é uma técnica desenvolvida no Japão, onde o terapeuta reikiano(a) toca o paciente com as mãos em alguns locais do corpo e tem a finalidade de restabelecer o equilíbrio energético e promovendo o bem estar e às vezes recuperação de algumas doenças.

A **coerência cardíaca** é o estado de equilíbrio entre o ritmo cardíaco, as emoções, respiração e a pressão arterial.

O **monitoramento** acontecerá com a observação do seu estado de coerência cardíaca por determinado período de tempo, por meio de um aparelho chamado *cardioEmotion*®.

Você será entrevistado e monitorado no início e após a aplicação de *Reiki*. Para realização do monitoramento do seu estado de coerência cardíaca, será utilizado o aparelho *cardioEmotion*®, que possui um sensor e este será colocado em seu dedo mínimo. Este sensor possui um fio que é ligado a um módulo USB que fica acoplado a um computador. Este sensor não transmitirá estímulos de nenhuma forma de energia elétrica a você, sendo sua utilização considerada segura.

A aplicação de *Reiki* terá duração aproximada de 40 minutos, vou tocá-lo em oito locais de seu corpo para transmitir a energia *Reiki*. Durante este procedimento você estará vestido com roupas leves. Os locais a serem tocados são os seguintes: três posições na cabeça, uma no pescoço, uma no tórax, duas no abdômem e uma nos pés.

Se você permitir serão fotografados (em modo automático da câmera), alguns momentos da intervenção com o *Reiki* e do monitoramento para registro de imagens. Seu rosto não será mostrado nas fotografias.

A aplicação de *Reiki* e o deslocamento, não terão custos financeiros para você. Sua participação neste estudo é voluntária e poderá recusar-se a participar a qualquer momento sem constrangimento e não sofrerá nenhum dano a sua saúde física e mental, nem haverá prejuízo a seus atendimentos na UAPS Pedro Celestino Romero.

Todas as informações obtidas em relação a este estudo permanecerão em sigilo, assegurando proteção de sua imagem e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Você terá acesso aos resultados desta pesquisa e os mesmos poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas, porém sua identidade não será divulgada nestas apresentações e publicações, nem serão utilizadas quaisquer imagens ou informações que permitam sua identificação.

Riscos: constrangimento ao serem tocadas algumas partes do seu corpo e pode ser que você deseje continuar recebendo a terapia *Reiki* após seu atendimento durante a coleta, mas no momento que estiver acontecendo esta pesquisa, será aplicada somente uma intervenção com o *Reiki*. Não será possível atendê-lo novamente e continuar a terapia nos sete meses que acontecerá a coleta de dados.

Benefícios: a terapia *Reiki* poderá proporcionar bem estar e relaxamento.

A autora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário nas etapas desta pesquisa. Autora principal: Luciana Rodrigues Cordeiro. Endereço: Rua Gastão Justa, 215 Mondubim. CEP 60.711-455 Fortaleza, Ceará, Brasil-contato: lucordeiro512@hotmail.com (85) 96388595 ou (85) 88249895 – UAPS Pedro Celestino Romero.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Tendo compreendido tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades de estar informando dados verídicos para a pesquisa, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO. Fui também esclarecido(a) que as informações por mim oferecidas estão submetidas as normas éticas destinadas a pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a resolução 466/2012, da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), Conselho Nacional de Pesquisa e Ministério da Saúde. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo e ciente de que não haverá nenhuma forma de pagamento.

ATENÇÃO: se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa entre em contato como o Comitê de Ética e Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366 8344

Fortaleza, ____/____/____

<hr/> <p>(Assinatura ou digital) do (a) voluntário (a) ou responsável</p>	<hr/> <p>Luciana Rodrigues Cordeiro</p> <hr/> <p>Nome e assinatura da responsável pelo estudo</p>
<hr/> <p>Testemunha</p>	<hr/> <p>Nome do responsável pela aplicação do TCLE</p>

DADOS DO VOLUNTÁRIO (sujeito da pesquisa):

Endereço: _____ Telefone: _____

APÊNDICE B - Identificação e triagem

1-PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Participante nº _____

1.1 Identificação

Nome _____ Telefone _____

Endereço _____

1.2 Idade

1	18 a 19 anos
2	20 a 40 anos
3	41 a 60 anos
4	61 a 70 anos
5	Acima de 71 anos

1.3 Sexo

1	Feminino
2	Masculino

1.4 Escolaridade

1	Analfabeto
2	Ensino fundamental completo
3	Ensino fundamental incompleto
4	Ensino médio incompleto
5	Ensino médio completo
6	Ensino superior incompleto
7	Ensino superior completo

1.5 Religião

1	Afro-brasileira (candomblé, umbanda)
2	Católica

3	Espírita
4	Evangélica pentecostal
5	Evangélica tradicional (protestantismo histórico)
6	Nenhuma
7	Outra

1.6 Tipo de relação com a religião?

1	Participante
2	Militante
3	Não praticante

1.7 Raça

1	Branca
2	Preta
3	Parda
4	Amarela
5	Indígena
6	Não desejo responder
7	Não sabe

1.8 Renda

1	Não tem
2	01 salário mínimo
3	De 01 a 03 salários
4	De 04 a 05 salários
5	De 06 a 10 salários
6	Acima de 10 salários mínimos

1.9 Profissão/ocupação

1	Dona de casa
2	Estudante
3	Professor
4	Vendedor
5	Desempregado(a)
6	Outros

2- TRIAGEM PARA IDENTIFICAR ANSIEDADE**2.1 Características definidoras**

	Preocupação expressa devido a mudanças em eventos da vida
	Nota-se estar preocupado
	Verbaliza desconforto
	Mostra-se receoso
	Refere estar temeroso
	Mostra-se desassossegado
	Refere estar angustiado
	Mostra-se inquieto
	Percebe-se tensão aumentada
	Mostra-se agitado
	Apresenta-se nervoso
	Refere ou nota-se insônia
	Relata distúrbios do sono
	Percebe-se estar aflito
	Nota-se tensão facial
	Apresenta-se pesaroso
	Refere estar apreensivo
	Apresenta anorexia
Ausência de sintomas ou presença de até quatro descritos acima (características definidoras): não prosseguir o preenchimento do formulário. Presença de cinco ou mais sintomas (características definidoras): definir como ansiedade.	

2.2 Você considera que tem ansiedade ?

01	SIM
02	NÃO

2.3 Se a resposta for SIM, realizar a pergunta a seguir:

Por que você considera que tem ansiedade?

--

2.4 Campo a ser preenchido pela autora

Está com ansiedade: SIM () NÃO()

Inclusão na pesquisa: SIM() NÃO()

Este instrumento foi adaptado das seguintes fontes: BERGAMASCO (2004); CHIAVERINI (2011); NANDA Internacional (2013); TAYLOR (2014).

APÊNDICE C - Descrição de respostas da autora e do paciente a serem coletadas antes e após a intervenção com *Reiki*

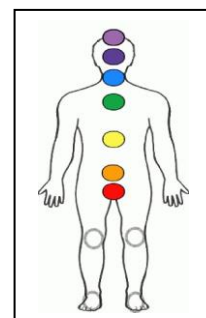
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - INICIAIS DO NOME: _____ Nº: _____	
DATA	HORÁRIO
RUÍDOS NA SALA	
TEMPERATURA AMBIENTE	
EXPRESSÃO FACIAL PACIENTE ANTES DO REIKI	
RESPOSTAS DESCRITAS PELO PACIENTE DURANTE O MOMENTO QUE FOI CUIDADO COM REIKI	
SONHOS () SIM () NÃO () NÃO LEMBRA	
NO CORPO: QUENTE() FRIO () FORMIGAMENTO () DORMÊNCIA () DOR () NENHUMA() OUTROS _____	
VISUALIZOU CORES ? () SIM () NÃO SE SIM, QUAL OU QUAIS?	
RESPOSTAS DESCRITAS PELO PACIENTE APÓS O REIKI	
O QUE VOCÊ GOSTARIA DE RELATAR SOBRE ESTA TERAPIA? _____	
AUMENTOU O BEM-ESTAR SIM () NÃO ()	
HOVE RELAXAMENTO SIM () NÃO ()	
PERCEPÇÃO DA AUTORA DURANTE O REIKI	
O QUE SENTIU DURANTE A APLICAÇÃO _____	
EXPRESSÃO FACIAL DO PACIENTE _____	
MOVIMENTO DO PACIENTE NA MACA _____	

DESCRIÇÃO DE RESPOSTAS CAPTADAS DA AUTORA E OUTRAS TERAPEUTAS AO APLICAR REIKI NOS CHAKRAS DO PACIENTE

CHAKRA CORONÁRIO _____

CHAKRA FRONTAL _____

CHAKRA LARÍNGEO _____



CHAKRA CARDÍACO _____

CHAKRA DO PLEXO SOLAR _____

CHAKRA SACRAL _____

CHAKRA BÁSICO _____

PÉS _____

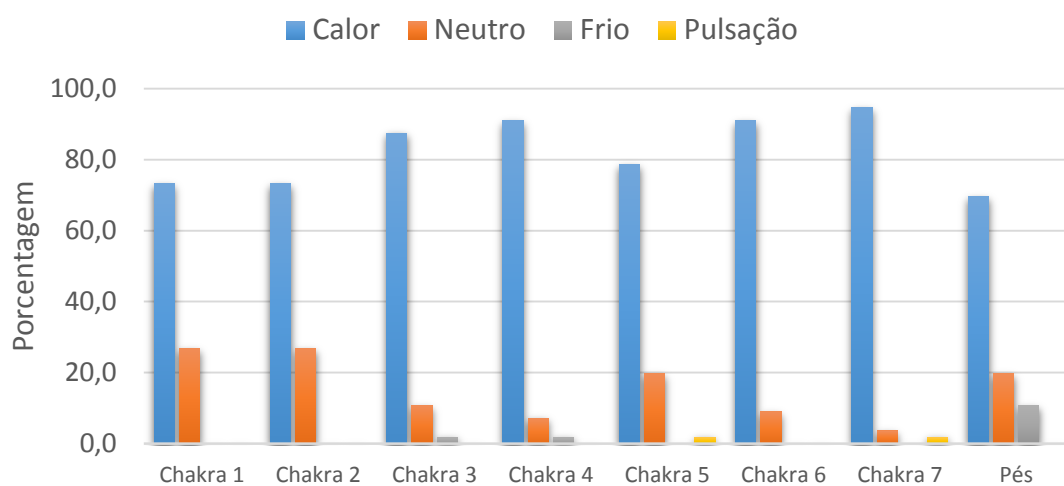
Fonte: instrumento elaborado pela autora adaptado de McKenzie (2010)

APÊNDICE D - Técnica de respiração ensinada ao paciente

“Inspire pelo nariz e retenha o ar durante alguns segundos, inspirando fazendo o abdômen aumentar (região abaixo do umbigo). Expire pelo nariz, bem devagar e reduza o volume do abdômen ao eliminar o ar.”

Adaptação de Petter, 2014, p. 23 – Livro: Manual de Reiki do Dr. Mikao Usui

APÊNDICE E - Gráfico 1- Descrição das respostas dos chakras na percepção da autora em um Posto de Saúde de Fortaleza-Ceará, Brasil, 2016.



APÊNDICE F - Quadro 3 Percepção dos participantes sobre ansiedade

POR QUE CONSIDERO QUE TENHO ANSIEDADE ?
Preocupo-me com dívidas e penso no futuro. P1
Pois acho que tenho medo. P2
Porque fico agitada, angústia. P3
Porque estou preocupada com tudo e choro com frequência. P4
Desejo que os resultados de meus projetos venham logo. P5
Por me preocupo com a vida do meu filho e seu futuro. P6
Porque desejo resolver tudo de uma vez, mesmo que esteja fora de meu alcance. P8
Fico preocupado com os acontecimentos, desejo fazer tudo rápido e perfeito. P9
Se tiver algo pra fazer tenho que ver o fim, terminar logo. P10
Porque desejo fazer as coisas no meu tempo, preciso ajudar meu esposo a livrar-se do vício o mais rápido possível. P11
Porque me preocupo sou agitada com medo e trauma, devido aos acontecimentos do presente. P12
Porque desejo saber das coisas antes de todos. Quando alguém deseja fazer uma surpresa não consigo esperar. P13
Não consigo respirar corretamente. P14
Quando acontece coisas na vida fico lembrando e da nervosismo. P15
Porque as vezes me preocupo. P16
Porque quando vou fazer uma coisa desejo resolver logo. P17
Não sei o que é. P18
Porque quando vou para algum lugar fico ansiosa. P19
Porque tenho dor de cabeça, alterações de humor, mão gelada (suando demais). P20
Quero resolver tudo rapidamente e ao mesmo tempo todas as tarefas. P21
Não consigo esperar muito quando desejo algo não consigo esperar para realizar o desejo, fico pensando constantemente. P22
Penso no futuro, penso nos filhos e seu futuro e por decisões a serem tomadas. P23
Conto os momentos para chegar o dia de algo que espero realizar. P24
Sofro antes do tempo não sei o momento certo para agir. Tenho falta de ar e da respiração. P25
Por estar nervosa. P26
Tenho medo de má notícia. P27
Porque quando estou aqui estou doida para ir embora, tenho que resolver problemas familiares, só penso besteira. P28
Porque quando estou esperando algo, espero que aconteça logo, da medo, vontade de realizar logo. P30
Porque tenho algo para resolver desejo fazer logo. P31
Porque sinto coisas estranhas, acelerações, suadeira repentina e desconforto no peito que me deixa preocupada. P32
Porque involuntariamente começo a me mutilar, arrancar meu cabelo, morder a mão, não durmo à noite tenho pesadelos pensando em provas, rôo unhas. P33
Tenho medo que algo não dê certo, medo do que vai acontecer. P34

Tem prejudicado muito, pois perdi objetos, perdi o horário, meus filhos reclamam muito. P35
Quando tenho que fazer uma coisa não fico quieta, minha mão fica agitada, não sossego. P36
Não consigo controlar o nervosismo. P37
Porque quando desejo fazer algo quero terminar logo, acontecer logo. Fico nervosa, agitada dá dor de cabeça. P38
Porque me preocupo com tudo. P39
Porque os filhos chamam minha atenção, por pensar muito nos problemas e que não vai resolver com preocupação. P41
Preocupação com o que vai acontecer. P43
Porque fico muito preocupada querendo que as coisas aconteçam. P44
Porque se tem algo para acontecer, fico pensando muitas coisas. P47
Quero resolver tudo rápido. P49
Porque gostaria de controlar algumas situações que não tenho controle. P52
Porque quando falam algo comigo desejo saber logo. P54
Porque apresento problemas físicos, choro fácil, necessidade de fuga devido a perda da mãe. P55
Porque quando preciso resolver algo fico pensando nele. P56
Foi triada com ansiedade – Acha que não têm, não comentou. P57
Porque quando desejo saber uma notícia, quero logo. P58
Quando tenho algo para resolver tenho desejo de fazer antes de chegar o dia, fico estressada e perturbada. P61
Porque ando estressada, impaciente, sem controle e estou angustiada. P62
Porque desejo saber na hora o que vai acontecer, não tenho paciência. P65
Porque estou grávida e desejo ter logo o bebê. P66
Não consigo fazer minhas atividades e completá-las, mudo constantemente minhas ações. Não consigo dormir bem. Derrubo utensílios. P68
Porque sou agitada, estressada e fico nervosa quando vou fazer algo. Tenho medo de errar. P69
Penso nas coisas que é para amanhã. A gente pensa no dia de hoje mas não sabe como vai ser amanhã. O futuro não nos pertence, apenas o passado. P70
Devido aos sintomas físicos que sinto como falta de ar, medo e tensão muscular. P71
Porque espero algo, quero que chegue logo. P72
Desanimo tenho vontade de chorar. P73
Fico triste quando não tenho meus filhos perto (tenho aperto no peito). P74
Porque acho que nunca consigo aproveitar o tempo e não consigo ficar tranqüila com relação ao alimento. P75
Não tenho paciência para esperar as coisas acontecerem. P76
Porque vivo agitada. P78
Penso demais na vida, em partir (morrer) ir para algum lugar e nos filhos que vão trabalhar e quando perco uma pessoa fico pensando coisas. P80
Irritada, falo alto sou irritante com outras pessoas. P81
Tenho medo de abrir a porta e receber uma notícia desagradável. Início de um desastre no final. P82
Não me controlo, não tenho auto-controle sobre minhas emoções. P83
Se vai acontecer algo fico ansiosa para saber logo. P84
Se for a um lugar desejo ser logo atendida. P85
Porque sou inquieto desejo que as coisas aconteçam logo, não tenho paciência. P86

APÊNDICE G - QUADRO 4 O que os participantes sentiram durante o Reiki

1. -----
2. Muita paz e tranqüilidade.
3. -----
4. -----
5. Calafrios.
6. Conforto, relaxamento.
7. Estava sentindo dor na perna esquerda e melhorei.Desprendi do solo e fui para um lugar alto(tenho medo de altura). Fui para uma montanha quente, mas com neve. Tremi no sonho. Desejava descer para superar o medo de altura.
8. Toque leve em várias partes do corpo que me deixaram tranqüila.
9. Leveza, parecia flutuar.
10. Corpo como se levantasse, corpo leve, penetrando algo dentro, levantando o corpo.
11. Senti leveza, como se estivesse em um jardim, corpo levantando.
12. Senti como se estivesse apagado, dormindo.
13. Passou a cefaléia, senti formigamento abaixo do pé ao ser tocado. Senti que ia dormir e assustava (espasmos) quando acordava e voltava ao ambiente.
14. Dormi, entalo na garganta assim que iniciou. Oscilação de temperatura calor e frio. Quentura veio debaixo do pé direito muito quente e depois senti o corpo todo gelado como um banho de água gelada.
15. -----
16. -----
17. Frio escorrendo para as duas pernas.
18. Melhorou da dor de cabeça, teve câimbra no abdome.
19. -----
20. Tranquilidade. Parei de pensar em tudo. Penso muito.
21. Saiu algo, esfriando o corpo, reduziu dor no pé.
22. Senti melhora do que sentia antes da aplicação
23. Aperto no laríngeo, peso na cabeça.
24. -----
25. Tranquilidade. Tentei dormir e voltava as preocupações no pensamento.
26. Paz
27. Calor na cabeça, senti leveza
28. -----
29. -----
30. Tranquilidade
31. Sossego, bem estar
32. Senti partes do corpo pesando relaxando tirando um peso.
33. Troca de energias, energia boa entrando e ruim saindo
34. -----
35. -----
36. Pensando em Jesus, frio na cabeça e pés
37. Não relata
38. -----
39. -----
40. -----
41. -----

42. -----
43. Senti alívio, muito bom tranquilidade. Fiquei leve
44. Muita coisa boa, fiquei mais leve, diminuiu a ansiedade.
45. -----
46. -----
47. No final senti um tremor como se tirasse uma coisa ruim um peso
48. -----
49. Continuavam pensamentos que iam acontecer
50. -----
51. Senti o corpo maneiro, parecia voar
52. Paz
53. -----
54. Paz, tranquilidade
55. Relaxamento nas pernas, calor cabeça e ouvidos visualizei luzes roxas e verdes e amarelo
56. -----
57.
58. Tranquilidade, paz, melhorei da dor no lado esquerdo da barriga
59. -----
60. -----
61.
62. Diferente senti algo estranho como uma mágica, como se não estivesse vivendo aqui, como se saísse o peso. Não queria levantar.
63. -----
64. -----
65. -----
66. Alívio da tensão, sonolência
67. Leveza
68. Senti após o toque no pescoço (calor suado) no início não senti nada depois senti convulsões no corpo, garganta puxando, como se a cabeça tentasse levantar. Tive esta sensação, acelerou o coração. No final quando a terapeuta tocou no joelho senti a mão levantar como se tivesse tentando pegar algo. Vi um quarto na casa onde deveria limpar.
69. Tranquilidade
70. Tranquilidade, pensei em várias coisas boas
71. Recarregando energia
72. Alívio
73. Tranquilo, senti que o coração estava mudando
74. Sensação gostosa, legal
75. Paz, sonolência, relaxando, pés estavam tensos e caídos para as laterais com a aplicação tomou banho (sensação de limpeza)
76. Calma
77. -----
78. Relaxamento
79. -----
80. Paz e relaxante
81. Calor, senti doações de energia e calma. A música e o ambiente favorecem a calma.
82. Algo entrando nos ouvidos como uma pressão (trouxe relaxamento). Calcanhar direito aquecido. Arrancaram algo ruim. Rasgaram desobstruindo puxando o corpo

83. Conforto, paz
84. Sensação boa
85. Relaxamento do corpo
86. Quando começou senti o corpo relaxado, fica tirando os pensamentos e sumiu tudo e dormi

APÊNDICE H - QUADRO 5 O que os participantes relataram sobre o *Reiki*

1. -----
2. Maravilhosa, relaxa
3. -----
4. -----
5. Muito bom
6. É muito bom, me senti curada do estado emocional, não conseguiria conviver com as pessoas, paranóia no trabalho
7. Tranqüilidade, segurança, acolhimento
8. Maravilhosa
9. Muito relaxante
10. Pouco tempo, deveria ser diário, mais vezes, principalmente para pessoas que usam remédios controlados, que tem depressão e ansiedade
11. Deixa relaxada
12. Ótimo faz voltar no tempo e feliz, melhor
13. Muito relaxante
14. Relaxante e consegue trazer bem estar
15. -----
16. -----
17. É uma recepção de energia boa, uma limpeza, limpando a doença e o desequilíbrio
18. Relaxante
19. -----
20. São experiências boas, relaxantes, positiva
21. Faz muito bem
22. Foi bom, gostei
23. Paz, tranqüilidade. Com o silêncio acabei sentindo a mim mesma, pensamentos. Após ser reeducada para respirar relaxei e senti sono.
24. -----
25. Melhora o relaxamento
26. Relaxante, bom
27. Considera boa
28. -----
29. -----
30. Calmante sensação de paz
31. Relaxei
32. Muito bom ajudou a relaxar
33. Relaxante
34. -----
35. -----
36. Maravilhosa, boa
37. Relaxante
38. -----
39. -----
40. -----
41. -----
42. -----
43. Está sem palavras é muito boa, relaxa a pessoa, ótima, serve no dia a dia. Funciona

44. Muito bom, cheguei estressada e saiu a tensão. Coisa de Deus!
45. -----
46. -----
47. Muito boa, gostaria de repetir
48. -----
49. Achei boa, acalma me senti mais controlado
50. -----
51. É ótima, fiquei tranqüila e sossegada
52. Ótimo, faz esqueci as coisas que incomodavam por alguns instantes
53. -----
54. Maravilha
55. Sensação boa, consegui não pensar na vida diária, consegui pensar só na respiração
56. -----
57.
58. Agradável, relaxei bastante
59. -----
60. -----
61.
62. Muito boa, gostei, deixou leve, deu paz
63. -----
64. -----
65. -----
66. Gostei diminuiu a tensão, estava ansiosa por exames
67. Muito relaxante
68. Deixa a pessoa pensando no alívio experimentando a paz, a mudança, limpeza, algo errado que deve melhorar. Não escutei barulhos
69. Trouxe paz
70. Ajuda a esquecer as preocupações e medo
71. Quem puder fazer faça é autoconhecimento
72. Maravilha
73. Foi bom
74. Amei, gostei demais. Se fosse possível faria mais vezes.
75. Ótima forma inteligente de tratar os males sem uso de medicamentos
76. Boa relaxa
77. -----
78. É boa
79. -----
80. Foi bom descansei
81. Da um bem estar, conexão com Deus, reflete na oração
82. Ela deixou livre arrancaram algo ruim de mim
83. Relaxei alívio bom
84. Maravilhosa relaxa deixa mais leve
85. Muito boa, relaxa
86. Muito relaxante, cai no sono rápido, alivia muito