UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SABRINA DE FREITAS SOUZA

O efeito do reiki no manejo de sintomas de pessoas em cuidados
paliativos oncológicos

RIBEIRÃO PRETO

2020

SABRINA DE FREITAS SOUZA

O efeito do reiki no manejo de sintomas de pessoas em cuidados
paliativos oncológicos

Versão Original

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Processo saúde-doença e epidemiologia

Orientador: Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo

RIBEIRÃO PRETO

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Souza, Sabrina de Freitas

O efeito do reiki no manejo de sintomas de pessoas em cuidados paliativos oncológicos. Ribeirão Preto, 2020.

107 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo

1. Reiki. 2. Terapias Integrativas. 3. Cuidados Paliativos. 4. Controle de Sintomas. 5. Terapia Ocupacional.

SOUZA, Sabrina de Freitas

O efeito do reiki no manejo de sintomas de pessoas em cuidados paliativos oncológicos

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Os momentos mais fortes de nossas vidas
acontecem quando amarramos as pequenas
luzinhas criadas pela coragem, pela compaixão e
pelo vínculo, e as vemos brilhar na escuridão de
nossas batalhas.

Brené Brown

Tudo é vivo e tudo fala ao nosso redor,
embora com vida e voz que não são humanas,
mas que podemos aprender a escutar,
porque muitas vezes essa linguagem secreta
ajuda a esclarecer o nosso próprio mistério.

Cecília Meireles

DEDICATÓRIA

Decido este trabalho a

meus pais, Ednair e Valdeci, por serem exemplo em tudo
na minha vida e proporcionar todo apoio que precisei
dentro e fora de seus lares;

meus irmãos, Denis e Murilo, por me mostrarem que nas
diferenças encontramos amor maior;

meus amigos, pela convivência, apoio, escuta e partilha
nos momentos alegres e tristes;

todos aqueles que acreditam e confiam que sempre
podemos ser seres melhores.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre guiar meus passos.

A toda a equipe de médicos e enfermeiras que possibilitaram as coletas no Hospital das Clínicas da FMRP/USP.

A todas as pessoas do grupo de pesquisa (LIATH) que me apoiaram e me ajudaram na realização de um trabalho melhor.

A todas as pessoas que doaram e participaram do crowdfunding e que fizeram possível a realização desta pesquisa.

À CAPES, pelo financiamento do trabalho, através da bolsa de estudos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública pela atenção e cooperação.

Aos pacientes e voluntários que colaboraram com a pesquisa, pela doação do seu tempo e colaboração.

Um agradecimento especial, à minha orientadora, Dra. Marysia, pela paciência e pelas inúmeras oportunidades de crescimento pessoal e profissional. E pela coragem em aceitar o desafio de orientar um trabalho diferente da sua área de atuação, e pela serenidade e competência ao fazê-lo. Minha gratidão pela eterna gentileza, respeito e confiança.

RESUMO

SOUZA, S. F. O efeito do reiki no manejo de sintomas de pessoas em cuidados paliativos oncológicos. 2020. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introdução: Reiki é uma modalidade de Práticas Integrativas e Complementares (PICs), reconhecida e incorporada à tabela de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo: avaliar os efeitos do Reiki no alívio dos sintomas de pessoas com câncer avançado, por meio da realização de um estudo piloto para a verificação dos procedimentos metodológicos da pesquisa. **Metodologia:** Trata-se de um estudo-piloto randomizado, com 14 participantes, divididos aleatoriamente em 2 grupos - Controle e Reiki - com 7 participantes em cada um, selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Para a coleta de dados foi realizada uma anamnese, aferição da pressão arterial, frequência cardíaca, coleta da saliva para verificar o nível de cortisol; foram aplicadas as escalas de *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*, Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), *Karnofsky Performance Status (KPS)*; foi aplicado o Reiki por 21 minutos a cada dia para os participantes do grupo Reiki. As escalas foram reaplicadas 30 minutos após do término do Reiki, assim como foi repetida a coleta do cortisol salivar. **Resultados:** O teste U de Mann-Whitney mostrou uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,007$) para a variável sono na comparação entre os grupos, mostrando uma melhora para o grupo Reiki quando comparado ao grupo Controle. A metodologia aplicada nesse estudo-piloto mostrou-se pertinente e adequada e permitirá avaliar os efeitos do Reiki sobre os sintomas de pessoas com câncer avançado. **Conclusão:** Embora a casuística tenha sido pequena, o que configura uma limitação desse estudo, os resultados já sinalizaram que a aplicação de Reiki melhorou o sono dos participantes quando comparado ao grupo controle. A continuidade desse estudo, com um número maior de participantes, permitirá a verificação dos efeitos do Reiki de forma estatisticamente mais significativa.

Descritores: Toque Terapêutico. Terapias Complementares. Neoplasias. Cuidados Paliativos. Sinais e Sintomas. Saúde Pública.

ABSTRACT

SOUZA, S. F. The effect of reiki in the management of symptoms of people in palliative oncology care. 2020. Dissertation (Master) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introduction: Reiki is a modality of Integrative and Complementary Practices (PICs), recognized and incorporated into the procedures table of the Unified Health System (SUS).

Objectives: to evaluate the effects of Reiki in the relief of symptoms of people with advanced cancer, by conducting a pilot study to verify the methodological procedures of the research.

Methodology: This is a randomized pilot study, with 14 participants, randomly divided into 2 groups - Control and Reiki - with 7 participants in each, selected according to the inclusion and exclusion criteria previously established. For data collection, an anamnesis was performed, blood pressure was measured, heart rate, saliva was collected to check the cortisol level; the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Karnofsky Performance Status (KPS) scales; Reiki was applied for 21 minutes each day for participants in the Reiki group. The scales were reapplied 30 minutes after the end of Reiki, as well as the collection of salivary cortisol was repeated. **Results:** The Mann-Whitney U test showed a statistically significant difference ($p < 0.007$) for the sleep variable when comparing the groups, showing an improvement for the Reiki group when compared to the Control group. The methodology applied in this pilot study proved to be pertinent and adequate and will allow to evaluate the effects of Reiki on the symptoms of people with advanced cancer.

Conclusion: Although the sample was small, which is a limitation of this study, the results have already signaled that the application of Reiki improved the sleep of the participants when compared to the control group. The continuity of this study, with a larger number of participants, will allow the verification of the effects of Reiki in a more statistically significant way.

Descriptors: Therapeutic Touch. Complementary Therapies. Neoplasms. Palliative Care. Signs and Symptoms. Public Health.

RESUMEN

SOUZA, S. F. El efecto del reiki en el manejo de los síntomas de las personas en cuidados paliativos oncológicos. 2020. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Introducción: Reiki es una modalidad de Prácticas Integrativas y Complementarias (PIC), reconocida e incorporada a la tabla de procedimientos del Sistema Único de Salud (SUS).

Objetivo: evaluar los efectos del Reiki en el alivio de los síntomas de personas con cáncer avanzado, mediante la realización de un estudio piloto para verificar los procedimientos metodológicos de la investigación. **Metodología:** Se trata de un estudio piloto aleatorizado, con 14 participantes, divididos aleatoriamente en 2 grupos - Control y Reiki - con 7 participantes en cada uno, seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Para la recolección de datos se realizó una anamnesis, se midió la presión arterial, frecuencia cardíaca, se recogió saliva para verificar el nivel de cortisol; se aplicaron las escalas de *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*, *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)*, *Karnofsky Performance Status (KPS)*. Se aplicó Reiki durante 21 minutos cada día para los participantes del grupo de Reiki. Las escalas se volvieron a aplicar 30 minutos después del final del Reiki, así como se repitió la recolección de cortisol salival. **Resultados:** La prueba U de Mann-Whitney mostró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,007$) para la variable de sueño al comparar los grupos, mostrando una mejora para el grupo de Reiki en comparación con el grupo de Control. La metodología aplicada en este estudio piloto resultó ser pertinente y adecuada y permitirá evaluar los efectos del Reiki sobre los síntomas de las personas con cáncer avanzado. **Conclusión:** Aunque la muestra fue pequeña, lo cual es una limitación de este estudio, los resultados ya han señalado que la aplicación de Reiki mejoró el sueño de los participantes en comparación con el grupo control. La continuidad de este estudio, con un mayor número de participantes, permitirá verificar los efectos del Reiki de forma estadísticamente más significativa.

Descriptores: Tacto Terapéutico. Terapias Complementarias. Neoplasias. Cuidados Paliativos. Signos y Síntomas. Salud Pública.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ideograma da palavra “Rei”	24
Figura 2 – Ideograma da palavra “Ki”	24
Figura 3 – Ideograma da palavra “Reiki”	25
Figura 4 – Termos utilizados para Medicina Integrativa na Literatura.	38
Figura 5 – Pontos de aplicação do Reiki.	45
Figura 6 – Fluxograma dos procedimentos de inclusão, alocação, seguimento e análise da amostra do estudo (n=14). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos dados sociodemográficos dos participantes do estudo.....	48
Tabela 2 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores de KPS, pressão arterial e frequência cardíaca em cada dia de coleta.....	49
Tabela 3 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores do ESAS-BR em cada dia de coleta e alteração dos resultados após cada sessão nos grupos controle e reiki.....	50
Tabela 4 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores da HADS em cada dia de coleta e diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle e reiki.....	51
Tabela 5 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos marcadores de cortisol salivar pré e pós intervenção e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle e reiki.	51
Tabela 6 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores de KPS, pressão arterial e frequência cardíaca em cada dia de coleta e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e reiki paliativo.....	52
Tabela 7 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores do ESAS-BR em cada dia de coleta e alteração dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e reiki paliativo.	53
Tabela 8 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores da HADS em cada dia de coleta e diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e reiki paliativo.....	54
Tabela 9 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos marcadores de cortisol salivar pré e pós intervenção e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e reiki paliativo.....	55
Tabela 10 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores de KPS, pressão arterial e frequência cardíaca em cada dia de coleta e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle não-paliativo e reiki não-paliativo.....	56
Tabela 11 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores do ESAS-BR em cada dia de coleta e alteração dos resultados após cada sessão nos grupos controle não-paliativo e reiki não-paliativo.....	57

Tabela 12 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores da HADS em cada dia de coleta e diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle não-paliativo e reiki não-paliativo.....	58
Tabela 13 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos marcadores de cortisol salivar pré e pós intervenção e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle não-paliativo e reiki não-paliativo.....	59
Tabela 14 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores de KPS, pressão arterial e frequência cardíaca em cada dia de coleta e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e controle não-paliativo.....	60
Tabela 15 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores do ESAS-BR em cada dia de coleta e alteração dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e controle não-paliativo.....	61
Tabela 16 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores da HADS em cada dia de coleta e diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e controle não-paliativo.....	62
Tabela 17 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos marcadores de cortisol salivar pré e pós intervenção e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e controle não-paliativo.....	63
Tabela 18 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores de KPS, pressão arterial e frequência cardíaca em cada dia de coleta e alteração dos resultados após cada sessão nos grupos reiki paliativo e reiki não-paliativo.....	64
Tabela 19 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores do ESAS-BR em cada dia de coleta e alteração dos resultados após cada sessão nos grupos reiki paliativo e reiki não-paliativo.....	65
Tabela 20 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores da HADS em cada dia de coleta e diferença dos resultados após cada sessão nos grupos reiki paliativo e reiki não-paliativo.....	66
Tabela 21 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos marcadores de cortisol salivar pré e pós intervenção e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos reiki paliativo e reiki não-paliativo.....	67

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACTH	Hormônio Adrenocorticotrófico
ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CP	Cuidados Paliativos
CRH	Hormônio Liberador de Corticotrofina
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
ESAS-BR	Edmonton Symptom Assessment System
FC	Frequência Cardíaca
GC1	Grupo Controle 1
GC2	Grupo Controle 2
GR1	Grupo Reiki 1
GR2	Grupo Reiki 2
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HADS-A	HADS-Ansiedade
HADS-D	HADS-Depressão
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HPA	Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
IAHPC	<i>International Association for Hospice & Palliative Care</i>

KPS	Karnofsky Performance Status
MCA	Medicina Complementar e Alternativa
MCI	Medicina Complementar e Integrativa
MI	Medicina Integrativa
MS	Ministério da Saúde
MT	Medicina Tradicional
NCCIH	Centro Nacional de Saúde Complementar e Integrativa dos Estados Unidos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPM	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PA	Pressão Arterial
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
RedePICs	Rede Nacional de Atores Sociais em PICS
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos e Medicamentos
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SNA	Sistema Nervoso Autônomo
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VFC	Variação da Frequência Cardíaca

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	O CAMINHO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS	20
1.2	REIKI.....	23
1.3	CÂNCER E CUIDADOS PALIATIVOS	26
1.4	MANEJO DE SINTOMAS NO CÂNCER	30
2	MARCO TEÓRICO.....	37
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	41
3.1	ASPECTOS ÉTICOS	41
3.2	CÁLCULO AMOSTRAL	41
3.3	CASUÍSTICA E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	42
3.4	PROCEDIMENTOS.....	43
3.5	ANÁLISE DE DADOS	45
4	RESULTADOS	47
4.1	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS	48
4.2	GRUPO CONTROLE X GRUPO REIKI	48
4.3	GRUPO CONTROLE PALIATIVO X GRUPO REIKI PALIATIVO	52
4.4	GRUPO CONTROLE NÃO-PALIATIVO X GRUPO REIKI NÃO-PALIATIVO.....	55
4.5	GRUPO CONTROLE PALIATIVO X GRUPO CONTROLE NÃO-PALIATIVO	59
4.6	GRUPO REIKI PALIATIVO X GRUPO REIKI NÃO-PALIATIVO	63
5	DISCUSSÃO	69
6	CONCLUSÃO.....	79
	REFERÊNCIAS.....	80
	APÊNDICE.....	90
	ANEXOS.....	93

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Medicina Complementar e Alternativa - MCA (*Complementary and Alternative Medicine – CAM*), designada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Medicina Tradicional e Complementar (MTC), é um conjunto heterogêneo de práticas, saberes e produtos agrupados sob essa denominação por não pertencerem ao escopo da medicina convencional (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Para o Centro Nacional de Saúde Complementar e Integrativa dos Estados Unidos (2020, on-line) (*National Center for Complementary and Integrative Health - NCCIH*), Medicina Complementar e Alternativa (MCA), é denominada como Medicina Complementar e Integrativa (MCI), e define a MCI como:

o conjunto de diversos sistemas, práticas e produtos médicos e de atenção à saúde que não se consideram atualmente parte da medicina convencional. Ela enfatiza uma abordagem holística e focada no paciente para cuidados de saúde e bem-estar - muitas vezes incluindo aspectos mentais, emocionais, funcionais, espirituais, sociais e comunitários.

O NCCIH propõe a mudança do termo alternativo para integrativo, pois o termo alternativo compreende como substituição da medicina convencional, a medicina tradicional usada no lugar da medicina convencional, enquanto o termo integrativo compreende como a medicina tradicional integrada à medicina convencional, ambas sendo utilizadas para o melhor atendimento ao cliente, sendo aliada ao tratamento e não usada como substituição, sendo pautada com base em evidências científicas (NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH, 2020).

No Brasil, a MTC e MCI são denominadas como Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e foram incorporadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Sua implementação ocorreu com a finalidade de atender à necessidade de conhecer e incorporar experiências que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios brasileiros. Desde então o número de estabelecimentos que fornecem atendimentos de alguma das PICs vem aumentando consideravelmente a cada ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, 2018).

As PICs têm por objetivos essenciais promover bem-estar e qualidade de vida às pessoas que procuram por alguma de suas técnicas, sejam pessoas com câncer ou não. Porém, ainda são necessárias mais evidências científicas sobre sua efetividade de forma a comprovar

os efeitos das PICs nas condições de saúde, no bem-estar e qualidade de vida das pessoas acometidas.

1.1 O Caminho das Práticas Integrativas

A origem das práticas integrativas nos sistemas públicos de saúde foi em setembro de 1978, com a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde, cuja temática foi Saúde Para Todos no Ano 2000, organizada pela OMS e *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) em Alma-Ata, na Rússia. A partir da Conferência de Alma-Ata, a OMS criou o Programa de Medicina Tradicional, para o fortalecimento de políticas públicas e desenvolvimento de estudos científicos sobre segurança, eficácia e qualidade das medicinas tradicionais em saúde. Desde então, as medicinas tradicionais e práticas complementares difundiram-se em todo o mundo. (TELESI JUNIOR, 2016; SANTOS e CUNHA, 2019).

De acordo com a OMS (2018), 88% dos Estados-Membros reconheceram o uso de PICs, o que corresponde a 170 Estados-Membros, de 194 no total. Esses são os países que desenvolveram formalmente políticas, leis, regulamentos, programas e escritórios para a PICs, e o número real de países que usam as PICs provavelmente é ainda maior. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018)

Em 2018, mais de 85% do total de Estados-Membros da Região Africana e na Região do Sudeste Asiático relataram ter uma política nacional para PICs. Na Região do Pacífico Ocidental e na Região do Mediterrâneo Oriental, 63% e 43% dos Estados-Membros, respectivamente, tinham em vigor um quadro de política nacional, enquanto na Região das Américas e na Região Europeia as percentagens eram 31% e 21%, respectivamente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2018)

O uso de tratamentos com PICs é mais frequente na América do Norte do que na Europa; nesta, o uso varia bastante, com a Itália tendo o menor e a Dinamarca e a Alemanha o maior uso. As PICs têm sido aplicadas nos cuidados paliativos e nas instalações de cuidados paliativos há muitos anos, especialmente no Reino Unido. (HANSSEN, et al., 2005; HORNEBER, et al., 2012; JOOS, MUSSELMANN, e SZECSENYI, 2011; NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH, 2020; POSADZK, et al., 2013; SANTOS e CUNHA, 2019; WITT e CARDOSO, 2016; ZENG et al., 2018).

No Brasil, há registro da Medicina Tradicional e Complementar no SUS desde a década de 80 do século passado. Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde

(CNS), que propôs a necessidade de observar o ser humano de forma integral e universal e deliberou pela introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços públicos de saúde (AROUCA, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; SANTOS e CUNHA, 2019; SOUSA et al., 2012).

Na 12ª CNS, realizada em 2003, foi constituído um grupo de trabalho responsável pela elaboração de uma proposta de PNPIC no âmbito do Sistema Único de Saúde, que foi publicada pelo Ministério da Saúde (MS) somente em 2006, por meio da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Nela foi incluído o reconhecimento das práticas de fitoterapia, acupuntura, dentre outras, no tratamento preventivo, paliativo e auxiliar, proporcionando um novo paradigma desta temática na realidade brasileira.

As PICS foram inseridas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011. A Rede Nacional de Atores Sociais em PICS (RedePICS) foi criada em 2015, com o objetivo de instituir canais de comunicação entre as PICS e as diversas instituições públicas. Além disso, procurou promover a articulação e interação entre os diversos atores a fim de gerar informações, monitorar e assessorar o processo de implementação da PNPIC (SANTOS e CUNHA, 2019).

Em 2016 houve a primeira ampliação dos procedimentos das PICS incluídos na tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos e Medicamentos (SIGTAP) e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do SUS, com a inclusão de: terapia comunitária, dança circular/ biodança, yoga, oficina de massagem/ automassagem, sessão de auriculoterapia, sessão de massoterapia, orientação de tratamento termal/crenoterápico (AMADO et al., 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O reconhecimento oficial da chamada medicina não convencional pelo MS ocorreu em março de 2017. As práticas reconhecidas foram: a meditação, arteterapia, reiki, musicoterapia, tratamento naturopático, tratamento osteopático e tratamento quiroprático. De acordo com a Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, estas técnicas foram integradas à tabela de procedimentos do SUS na categoria de “ação de promoção e prevenção em saúde. Um ano depois os usuários do SUS foram beneficiados com a inclusão de 10 novas PICS: apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O uso e a procura pelas PICs no SUS vem crescendo a cada ano, como complemento em tratamentos em saúde. Nas atividades coletivas, como yoga e tai chi chuan, o crescimento foi de 46%, passando de 216 mil para 315 mil, entre 2017 e 2018, da auriculoterapia, durante

o mesmo período, mais que dobrou, passando de 157 mil para 355 mil, aumento de mais de 126%. O reflexo desse aumento também pode ser visto no número de participantes que procuram pelas práticas, que cresceu 36%, de 4,9 milhões de participantes para 6,67 milhões no período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O Brasil conta atualmente com 29 práticas integrativas incluídas no SUS, tornando-se o país líder na oferta dessa modalidade na Atenção Básica (AB) na rede pública de saúde, tanto pelo número de PICs disponível no SUS, quanto pelo número de atendimentos coletivos e individuais, ajudando a cumprir um dos objetivos da PNPIC que é de fortalecer a utilização das PICs no SUS com ênfase na AB, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, 2017, 2018, 2019).

Desde a implantação da PNPIC, diversos estados e municípios vêm regulamentando a oferta das PICS nacionalmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Em 2017, de acordo com Ministério da Saúde (2018) e o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) (BRASIL, 2020b), 8.200 Unidades Básicas de Saúde (UBS) ofertaram alguma das PICS, o que corresponde a 19% desses estabelecimentos. Essa oferta está distribuída em 3.018 municípios, ou seja, 54% do total, estando presente em 100% das capitais por iniciativa das gestões locais. Em 2016, foram registrados oferta em PICS em 2.203.661 atendimentos individuais e 224.258 atividades coletivas, envolvendo mais de 5 milhões de pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b).

Segundo o Ministério da Saúde (2019) a distribuição dos serviços de PICS por nível de complexidade é 78% na AB, 18% nos atendimentos de média complexidade 18% e a alta complexidade ficando com 4%.

Embora ainda seja muito grande o distanciamento entre a medicina convencional e as PICs, muitos hospitais e serviços estão oferecendo algum tipo terapia não farmacológica para facilitar o manejo da doença e que tenha baixo custo (DEMIR et al., 2015).

Nota-se também um crescente interesse por parte de pessoas com câncer pelo uso de terapias complementares. Na Austrália, estima-se que cerca de 17% a 87% das pessoas com câncer usaram alguma forma de terapia complementar durante o tratamento do câncer (JONES et al., 2019). A prevalência do uso de PICs na Escandinávia foi de 7,9% a 53% (NILSSON, 2016). No Canadá, mais de 80% das mulheres com câncer de mama usaram PICs em sua jornada de tratamento e o número tem aumentado nas últimas décadas (BOON, 2007). Nos Estados Unidos cerca de 55% da população com câncer procura algum tipo de PIC em seu tratamento oncológico (SAYDAH, 2002). Um estudo da Arábia Saudita mostrou que mais de

60% das pessoas com câncer utilizaram as PICs em conjunto com o tratamento convencional (ABUELGASIM, 2018). Já na Suécia esse número foi de 26% (WODE, 2019) e no Reino Unido é cerca de 47% (ZAVERY et al.; 2010). No Brasil os achados demonstraram que 63,81% das pessoas com câncer fizeram uso de PICs após o diagnóstico (ELIAS e ALVES, 2002).

Apesar da ampla utilização das PICs pela população brasileira, muitas destas terapias carecem de evidências suficientes e de boa qualidade para apoiar seu uso tanto na prevenção quanto na reabilitação e promoção da saúde, principalmente quanto utilizadas em pessoas em cuidados paliativos. Poucos estudos utilizaram uma abordagem científica bem controlada, para a mensuração de seus resultados.

Dentre as PICS implementadas no SUS, este estudo destaca, em especial, o Reiki, buscando elucidar suas particularidades e seus efeitos, principalmente em pessoas em cuidados paliativos oncológicos.

O Reiki foi reconhecido como prática integrativa e complementar pelo SUS em 2017 e configura-se como uma temática relevante e inovadora em Saúde Pública, como uma abordagem não farmacológica, não invasiva e de baixo custo. A literatura científica aponta que seus resultados podem contribuir significativamente no tratamento às pessoas com câncer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; DEMIR et al., 2015). Porém ainda é uma técnica controversa e pouco conhecida no Brasil e há poucos estudos com metodologias estruturadas, bem definidas e com aplicabilidade clínica.

A seguir, serão mais discutidos o significado e uso Reiki nos serviços de saúde.

1.2 Reiki

Reiki é uma modalidade terapêutica não invasiva e de baixo custo, que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital para promover o equilíbrio energético necessário ao bem-estar físico e mental, favorecendo a saúde integral. (DEMIR et al., 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Fornece energia de cura para recarregar e reequilibrar os campos energéticos, criando as condições ideais necessárias pelo sistema de cura natural do corpo (SENDEROVICH et al., 2016).

Reiki é o termo japonês para a "energia de vida universal". Teve sua origem há milhares de anos no Tibete e foi sistematizada no Japão no século XIX pelo monge Dr. Mikao Usui. (VANDERVAART et al., 2009). Esta técnica japonesa é realizada por um profissional treinado e possui várias técnicas e procedimentos, dentre elas a imposição estática das mãos.

Baseia-se na ideia de que a energia flui através desses praticantes e pode ser usada para estimular o processo de cura (TEIXEIRA, 2009).

A palavra Reiki consiste em dois ideogramas chineses que foram introduzidos no Japão no século IV d.C. O primeiro ideograma é o “rei” que significa “alma”. Ele é dividido em 3 partes:

Figura 1- Ideograma da palavra “Rei”

Fonte: Petter, 2013

A primeira parte é “ame”, que significa chuva. No Japão, a chuva representa fertilidade e ao mesmo tempo a bênção do cosmos que cai sobre a terra. A segunda parte é “utsuwa” que significa “vaso” ou “recipiente”. No sentido figurado, designa o corpo humano que é o “recipiente” da alma. Cada quadrado tem seu significado, um quadrado quer dizer “boca”, outro “conversa” ou “comunicação” e o terceiro “oração”. A terceira parte é “miko”, que quer dizer “mulher médium”, “feiticeira” ou “xamã”. Miko é uma mulher que entende a linguagem dos deuses e age como mediadora entre os deuses e a humanidade (PETTER, 2013).

O segundo ideograma é “ki” que significa “energia”. Ele é dividido em 2 componentes:

Figura 2 – Ideograma da palavra “Ki”

Fonte: Petter, 2013

O primeiro é “kigamae” ou “yuge”, que na tradução significa “vapor” ou “éter”. O vapor é o receptáculo da energia, por onde a energia circula. O segundo componente é o “kome” que significa “arroz”. Para os japoneses arroz é um símbolo de poder, abundância, principal alimento no sudeste da Ásia (PETTER, 2013).

Juntos, esses dois ideogramas foram o Reiki ou "energia de vida universal":

Figura 3 – Ideograma da palavra “Reiki”

Fonte: Petter, 2013

O Reiki tem 5 princípios fundamentais, que são regras de conduta ou um fundamento ético para a prática do Reiki (PETTER, 2013):

a) kyo dake wa: Somente hoje:

- Ikaru-na – Não se zangue;
- Shinpai suna – Não se preocupe;
- Kansha shite – Seja grato;
- Gyo hage me – Cumpra seu dever (assuma suas responsabilidades, faça a coisa certa);
- Hito ni shinsetsu ni – Seja bondoso (gentil, carinhoso, compassivo) com as pessoas próximas.

O uso do Reiki como terapia complementar à medicina convencional está crescendo e sendo usada em muitos hospitais nos Estados Unidos e Europa para ajudar a aliviar a dor e aumentar as taxas de recuperação distúrbios do sono, depressão, stress e ansiedade em pessoas que sofrem tanto de doenças malignas quanto não-malignas (FREITAG, ANDRADE,

ROSSATO, 2015; SENDEROVICH et al., 2016; VANDERVAART et al., 2009). Esses sintomas são comuns e frequentes em pessoas em cuidados de fim de vida, podendo influenciar negativamente a qualidade de vida e o senso de bem-estar, além de contribuir para aumentar a sobrecarga nos familiares e cuidadores. O impacto desses sintomas é muitas vezes exacerbado por turbulências emocionais, isolamento da pessoa e exaustão do cuidador (HENNEGHAN e SCHNYER, 2015).

As PICs podem levar não só à melhora de qualidade de vida, como também a possíveis reduções de visitas médicas e hospitalizações não planejadas, nas quais as pessoas adoecidas geralmente relatam uma alta carga de sintomas. Sintomas angustiantes podem estar relacionados tanto à doença quanto aos efeitos adversos do tratamento. Quando as terapias convencionais não proporcionam alívio adequado dos sintomas ou produzem efeitos adversos adicionais, as pessoas adoecidas, famílias e cuidadores podem optar por adicionar as PICs ao tratamento, especialmente perto do final da vida (ZENG et al., 2018; SANTOS e CUNHA, 2019).

Uma abordagem holística associada aos cuidados paliativos é congruente com os princípios fundamentais da Medicina Complementar e Integrativa, como individualizar tratamentos baseados na preferência da pessoa e reconhecer a natureza espiritual de cada indivíduo. Por este motivo, tem havido grande aceitação destas terapêuticas dentro do âmbito dos cuidados de fim-de-vida (HENNEGHAN e SCHNYER, 2015).

1.3 Câncer e Cuidados Paliativos

Dados epidemiológicos têm demonstrado que 11% da população mundial tem mais de 60 anos e projeta-se que isso aumente, até 2050, para 22% da população (KANASI, AYILAVARAPU e JONES, 2016). É sabido que a idade é um fator de risco mais comum para o câncer e que a incidência e prevalência do câncer aumenta com a idade (BALDUCCI e AAPRO, 2005). Atualmente, segundo Mattiuzzi e Lippi (2019), os cânceres são diagnosticados em 18 milhões de pessoas a cada ano, sendo o pulmão (com traqueia e brônquios, 2,09 milhões de casos), mama (2,09 milhões de casos) e próstata (1,28 milhão de casos) os três mais frequentes. A mortalidade é de quase 9 milhões e estão dentre as principais causas de morte em todo mundo. A cada ano o número de casos aumenta ainda mais. Estima-se que até 2030 o número de novos casos de câncer aumente para 26 milhões, enquanto o número de mortes chegará a 17 milhões por ano. A OMS (2016) estima que nas próximas

quatro décadas, as mortes por câncer superem aquelas decorrentes de doenças isquêmicas do coração, com um aumento de 2,08 vezes até o ano de 2060 (FARBICKA e NOWICKI, 2013; MATTIUZZI e LIPPI, 2019, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2016).

A incidência de câncer, de distúrbios neurológicos crônicos e doenças cardiovasculares aumenta com a idade, associada ao envelhecimento da sociedade e a fatores de risco como tabagismo e falta de atividade física. (FARBICKA e NOWICKI, 2013) Em contrapartida, o avanço tecnológico alcançado, principalmente a partir da segunda metade do século XX, e o desenvolvimento das terapêuticas levaram ao aumento da longevidade de seus portadores e fizeram com que muitas doenças antes fatais se transformassem em doenças crônicas (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009; FARBICKA e NOWICKI, 2013).

Frente a essa realidade, os cuidados paliativos vêm ganhando espaço no Brasil na última década, como uma forma inovadora e mais humanizada de assistência à saúde. Diferencia-se fundamentalmente da medicina convencional, de ênfase curativa, por focar no cuidado integral, através da prevenção e do manejo impecável de sintomas e do sofrimento, para todos as pessoas que enfrentam doenças graves ameaçadoras da vida, tanto oncológicas como não oncológicas, e seus familiares (GOMES e OTHERO, 2016).

O cuidado paliativo se originou na Idade Média e se confunde historicamente com o termo hospice, que se referia inicialmente aos abrigos (hospedarias) destinados a receber e cuidar de peregrinos e viajantes europeus. Essa prática se propagou com organizações religiosas católicas e protestantes que, no século XIX, foram se transformando em instituições atualmente conhecidas como hospitais (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

O Movimento Hospice Moderno tem como marco histórico do seu início a fundação do St. Christopher's Hospice em Londres, em 1967, pela inglesa Cicely Saunders. Sua estrutura não só permitiu a assistência às pessoas com doenças crônicas limitadoras da vida, como também promoveu o desenvolvimento de ensino e pesquisa em cuidados paliativos, para profissionais e pesquisadores de muitos países (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

Na década de 1970, o encontro entre Cicely Saunders e Elisabeth Klüber-Ross nos Estados Unidos fez com que o Movimento Hospice também crescesse naquele país e no mundo. Em 1982, o Comitê de Câncer da OMS criou um grupo de trabalho responsável por

definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo hospice, que fossem recomendados em todos os países para pessoas com câncer. O termo cuidados paliativos, já utilizado no Canadá, passou a ser adotado pela OMS devido à dificuldade de tradução adequada do termo hospice em alguns idiomas (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009).

O termo “paliativo” deriva do latim *pallium*, que significa manto ou capote. Etimologicamente, significa prover um manto para proteger ou aquecer “aqueles que passam frio”, uma vez que não haveria mais possibilidades curativas (PESSINI e BERTACHINI, 2005). Assim, a essência dos cuidados paliativos pode ser definida como: aliviar os sintomas, a dor e sofrimento em pessoas portadores de doenças crônico-degenerativas ou em fase final de vida, cuidando da pessoa em sua globalidade e de sua família, para o aprimoramento de sua qualidade de vida.

A mais recente definição de cuidados paliativos (CP), foi publicada em 2018 pela *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC, on-line), como sendo:

cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença grave, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo do CP é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores.

Ainda de acordo com a IAHPC (2018, on-line), os CPs:

- a) compreendem a prevenção, identificação precoce, avaliação integral e controle de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas angustiantes, sofrimento psicológico, sofrimento espiritual e problemas sociais. Sempre que possível, estas intervenções devem ser baseadas em evidências científicas;
- b) proporcionam apoio aos pacientes para viverem de forma mais plenamente possível, até sua morte, ajudando-os, bem como suas famílias, a estabelecer os objetivos de seus tratamentos, através de uma comunicação facilitadora e eficaz;
- c) são aplicáveis durante todo o percurso de uma doença, de acordo com as necessidades do paciente;
- d) são oferecidos em conjunto com terapias específicas da doença, sempre que necessário.
- e) podem influenciar positivamente na progressão da doença;
- f) não pretendem antecipar nem adiar a morte, respeitam a vida e reconhecem a morte como um processo natural;
- g) proporcionam apoio à família e aos cuidadores, durante a doença do paciente, cobrindo também o processo de luto;
- h) reconhecem e respeitam os valores e as crenças culturais do paciente e da família;

- i) são aplicáveis em todos os locais de cuidados de saúde (como a residência dos pacientes e outras instituições) e em todos os níveis (do primário ao terciário);
- j) podem ser exercidos por profissionais com treinamento básico em cuidados paliativos;
- k) requerem especialistas em cuidados paliativos juntamente com uma equipe multiprofissional para o devido encaminhamento de casos complexos.

De acordo com a OMS (2020, on-line), o CP também:

Previne e alivia o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, seja eles físicos, psicossociais ou espirituais. Oferece um sistema de apoio para ajudar os pacientes a viver o mais ativamente possível até a morte. O cuidado paliativo é explicitamente reconhecido como direito humano à saúde.

O cuidado paliativo destina-se a atender às necessidades de alívio da dor, sintomas e do sofrimento, de cuidado psicossocial e espiritual das pessoas adoecidas e suas famílias, para melhorar a qualidade de vida e a capacidade para lidar de forma eficaz com o sofrimento. Tem foco na dignidade das pessoas portadoras de uma doença crônico-degenerativa potencialmente fatal e de seus familiares, desde o diagnóstico, não somente quando estão na fase final de vida (PESSINI e BERTACHINI, 2005). O CP não deve ser associado apenas com o cuidado da pessoa na terminalidade da vida e deve fazer parte do tratamento durante toda a trajetória da doença, com vários níveis de envolvimento à medida que a doença progride.

Os cuidados paliativos se constituem hoje numa importante questão de saúde pública. Levantamento realizado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) identificou, até agosto de 2018, 177 serviços de cuidados paliativos distribuídos nas cinco regiões do Brasil. Destes, 58% (103 serviços) concentravam-se na região Sudeste, 20% (36 serviços), na região Nordeste, 14% (25 serviços), na região Sul, 5% (oito serviços), na região Centro-Oeste, enquanto apenas 3% (cinco serviços) estão localizados na região Norte do país (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2018).

As diretrizes das organizações nacionais e internacionais recomendam que o CP seja rotineiramente integrado ao tratamento abrangente do câncer. Apesar de o câncer ser um problema de saúde pública global, muitos governos ainda não incluíram o controle do câncer em suas agendas de saúde e menos ainda foram incluídos os cuidados paliativos na atenção pacientes às pessoas em cuidados oncológicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007).

1.4 Manejo de Sintomas no Câncer

Com o surgimento e a progressão do câncer, os sintomas tendem a aumentar, agravando a situação do pessoa acometida e levando-a a uma pior qualidade de vida e maior sofrimento. Os sintomas podem persistir por longos períodos após o diagnóstico e tratamento e podem piorar à medida que a doença se torna mais avançada. Estudos relatam que quanto mais sintomas a pessoa apresenta, maior a chance do câncer estar em um estágio avançado. A doença grave é frequentemente caracterizada por uma alta prevalência de sintomas não tratados que resultam em dependência funcional progressiva (ALEXANDER, GOLDBERG e KORC-GRODZICKI, 2016; DEMIR, CAN e CELEK, 2013; KOO, et al., 2020; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017; RHA, NAM e LEE, 2019).

As pessoas com câncer se beneficiam de uma abordagem paliativa que prioriza suas metas individuais e se esforça para manter sua autonomia e independência, a saúde física, emocional, social e espiritual e sua qualidade de vida. O manejo dos sintomas, seja relacionado à doença ou ao tratamento, influencia a qualidade de vida da pessoa com câncer.

A seguir serão apontados alguns dos principais sintomas citados na literatura: dor, fadiga, ansiedade e depressão, caquexia, náusea e vômito, dispneia, distúrbios do sono e estresse.

A dor é um dos sintomas mais comuns experimentados por pessoas com câncer; apresenta-se em quase três quartos das pessoas com câncer e 80% das pessoas com doença avançada, como resultado do próprio câncer ou como consequência de seu tratamento. A dor pode ser nociceptiva ou neuropática, sendo que a maioria das pessoas apresenta ambos os tipos (RABOW, PETZEL e ADKINS, 2017). A dor oncológica pode estar associada em 64% a 93% dos pacientes em cuidados paliativos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

As consequências da dor mal manejada estendem-se a domínios comportamentais (como depressão, ansiedade e abuso de substâncias), problemas cardiovasculares, delírio, insônia, deficiência funcional e maior utilização dos cuidados de saúde. Sintomas de dor e fadiga podem estar associados a pensamentos catastróficos, mau humor e interferência no funcionamento de áreas importantes e significativas da vida (TEO, et al., 2020; VAINIO e AUVINEN, 1996)

A fadiga é um dos sintomas mais comuns e debilitantes experimentados por pessoas com câncer. É uma sensação incomum, persistente e subjetiva de cansaço relacionada ao

câncer ou ao tratamento do câncer que interfere no funcionamento normal do organismo. É caracterizada por sensação de cansaço, fraqueza e falta de energia e é distinta daquela vivenciada por indivíduos saudáveis, pois não é aliviada pelo repouso ou sono. Sua prevalência em pessoas que recebem tratamento antineoplásico foi estimada em mais de 80%. (ALEXANDER, GOLDBERG e KORC-GRODZICKI, 2016; GERBER, 2017).) É um dos sintomas mais prevalentes e mais desgastantes para o paciente com câncer, com impacto negativo na qualidade de vida, e apesar da alta prevalência e do alto impacto para o paciente, dados de literatura mostram que a fadiga é pouco diagnosticada e tratada pelos médicos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

A fadiga pode estar associada a sofrimento, depressão, ansiedade e baixo desempenho, além de outros sintomas como náusea, vômito, falta de apetite, distúrbios do sono, dispneia, xerostomia (boca seca), inquietação, dificuldades na realização da atividade, redução da capacidade de automanutenção e cansaço mental, com dificuldade de concentração e problemas de memória (FARBICKA e NOWICKI, 2013; TEO, et al., 2020; VAINIO e AUVINEN, 1996).

Ansiedade e depressão talvez seja um os sintomas psicológicos mais comuns experimentados por indivíduos com doenças graves que recebem cuidados paliativos (FULTON et al, 2017). Uma revisão sistemática e metanálise mostram a prevalência de depressão maior (15%), depressão menor (20%) e ansiedade (10%) em pacientes tratados de câncer (MITCHELL et al, 2011). A prevalência varia consideravelmente dependendo de muitos fatores, como o tipo e o estágio da doença, as habilidades de enfrentamento das pessoas e o apoio psicossocial (VIGNAROLI et al., 2006;).

Pessoas que apresentam uma tendência a se culpar pelo diagnóstico de câncer têm maior probabilidade de ficarem deprimidos do que pessoas com outros diagnósticos. A gravidade também é um fator relevante, assim como limitações funcionais e baixo suporte social. A depressão e da ansiedade estão associado à redução da qualidade de vida e sobrevivência e alguns cânceres, como o de pâncreas e de pulmão, podem liberar substâncias químicas que podem causar depressão (PITMAN et al., 2018).

A caquexia do câncer é uma síndrome multifatorial definida por uma perda contínua de massa muscular esquelética (com ou sem perda de massa gorda) que não pode ser totalmente revertida pelo suporte nutricional convencional e leva ao comprometimento funcional progressivo. A fisiopatologia é caracterizada por um balanço energético e proteico negativo impulsionado por uma combinação variável de ingestão alimentar reduzida e metabolismo anormal (MOCHAMAT et al., 2017). A prevalência é de mais de 50 % das

peessoas com câncer sofrem de caquexia na morte, com a distribuição variando por tipo de tumor; a incidência é mais alta em pacientes com câncer gástrico e pancreático (aproximadamente 80%), enquanto pacientes com câncer de mama e leucemia demonstram a menor frequência (cerca de 40%) (SADEGHI et al., 2011)

A prevalência de náusea e vômito em pessoas com câncer é estimada entre 30 e 70%, respectivamente, e elas são mais comumente induzidas por quimioterapia, radiação, opioides, obstrução intestinal e constipação (ALEXANDER, GOLDBERG e KORC-GRODZICKI, 2016). Uma revisão sistemática da prevalência de sintomas em pessoas com câncer terminal relatou uma prevalência de 31% para náuseas e 20% para vômitos (TEUNISSEN, 2007). A prevalência de náusea e vômitos induzidas por quimioterapia foi relatada de: 36% agudo (dentro de 24 horas após a administração de quimioterapia); 59% tardio (dois a cinco dias após a administração da quimioterapia); e 47% para ambos. Náusea e vômitos também foram associados por ter um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas com câncer (SUTHERLAND et al., 2018).

A dispneia é um sintoma comum em pessoas- em CP. Pode ser aguda ou crônica e pode ser definida como uma consciência desconfortável da respiração . A dispneia aguda é o motivo mais frequente para uma internação de emergência em CP e afeta gravemente a qualidade de vida. Dispneia em pessoas com câncer ocorre em repouso ou durante o esforço leve, muitas vezes acompanhada por uma sensação de ansiedade. A frequência da dispneia aumenta à medida que a doença progride; ocorre em 48 a 69% das pessoas em estágio avançado da doença e ocorre em 70% das pessoas nas últimas 6 semanas de vida, piorando a qualidade de vida no último estágio da doença (ALEXANDER, GOLDBERG e KORC-GRODZICKI, 2016; FARBICKA e NOWICKI, 2013; VAINIO e AUVINEN, 1996).

O distúrbio do sono é comum em doentes oncológicos e pode ser atribuído à dor. O sono e o despertar são regulados por diversos neurotransmissores (noradrenalina, serotonina, acetilcolina, dopamina, histamina, GABA, hormônios hipofisários, melatonina), e qualquer droga que altere o equilíbrio desses neurotransmissores pode afetar o sono (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012). Os distúrbios do sono são classificados em insônias, hipersonias, distúrbios do ritmo circadiano, distúrbios respiratórios do sono, parassônias e distúrbios do movimento do sono. Destes, a insônia é o distúrbio do sono mais comumente relatado. A prevalência de insônia entre pessoas com câncer varia entre 19 e 60%. A prevalência difere por sexo, idade, tipo de câncer, duração do tratamento e tempo desde o diagnóstico do câncer (LOH, et al., 2016).

Os impactos diurnos negativos devido a insônia podem incluir fadiga significativa, sonolência, baixa concentração, alteração do ciclo circadiano, baixo humor ou capacidade prejudicada de desempenhar responsabilidades sociais, ocupacionais ou de autocuidado (LOH, et al., 2016). A privação de sono pode afetar e ocasionar alterações do ritmo circadiano podendo levar a uma resposta ao estresse, com liberação de cortisol, que por sua vez pode acarretar uma progressão do câncer (OWENS et al., 2016; BAGLIONI et al., 2016).

Com o aumento da compreensão biológica das respostas de estresse e relaxamento, a pesquisa de Reiki pode incorporar biomarcadores apropriados para elucidar o mecanismo de ação do Reiki. A biologia do estresse (pressão arterial, variabilidade da frequência cardíaca, hormônios do estresse, sono) e os relatos das pessoas pode colaborar para a compreensão da relação entre a mudança biológica e a redução dos sintomas. (FLEISHER et al., 2014).

O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) é o principal efetador da resposta ao estresse e é crucial para a manutenção da homeostase basal relacionada ao mesmo. O cortisol, produto final do eixo HPA, é o principal hormônio glicocorticoide circulante e sua liberação pela glândula adrenal é estimulada pela hipófise através do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH). A produção do ACTH é modulada pelo hipotálamo, por meio da secreção por parte deste do hormônio liberador de corticotrofina (CRH). É possível que altos níveis de cortisol representem uma resposta fisiológica ao estresse crônico, sendo a dor um potencial agente estressor, pois causa aumento crônico de CRH ou de outros mediadores centrais do eixo HPA (ALMEIDA et al., 2014).

Os sintomas citados a cima são os sintomas mais comuns em pessoas em tratamentos oncológicos que afetam e podem colaborar com progressão da doença se não forem bem tratados, além de causar prejuízos na qualidade de vida destas pessoas.

Portanto, pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas ou em fase de terminalidade da vida, apresentam uma vasta gama de sintomas e de sofrimento de ordem física, emocional, social e espiritual, que podem ser aliviados pela abordagem dos cuidados paliativos. Para uma abordagem multidimensional, há necessidade de uma ação em equipe multi ou interprofissional, como uma abordagem holística que leve em conta as experiências de vida da pessoa e sua situação atual, que avaliem os efeitos dos sintomas e o sofrimento.

Por fim, este estudo tem por objetivo realizar um estudo piloto para verificar a metodologia a ser aplicada em estudo complementar mais amplo, para avaliação dos efeitos do Reiki no alívio dos sintomas de pessoas com câncer avançado, internadas num hospital público, universitário de alta complexidade. Para isso serão analisados sintomas como a ansiedade e depressão, o nível do cortisol salivar; pressão arterial e a frequência cardíaca.

A hipótese do estudo é que o Reiki pode alterar os sintomas causados pelo câncer e pelo seu tratamento, de pessoas que estão em cuidados paliativos, pode ter efeitos benéficos sobre a ansiedade e depressão, que são sintomas psicológicos comuns nos indivíduos com câncer, e sobre o estresse, o que pode ser constatado por meio da análise da secreção de cortisol. Assim, pretendemos verificar se há diferenças significativas entre os dados coletados com pessoas que recebem o Reiki juntamente com os cuidados convencionais em comparação com pessoas que recebem os cuidados convencionais (sem o Reiki).

MARCO TEÓRICO

2 MARCO TEÓRICO

O movimento propulsor da Medicina Integrativa no Brasil ocorreu em na década de 70 com a criação do Programa de Medicina Tradicional pela Organização Mundial da Saúde (HIRAYAMA, 2016). Em 1978, a OMS criou as orientações de práticas integrativas e complementares na saúde, sugerindo a incorporação das MCA nos serviços públicos de saúde, em especial nos serviços de atenção básica (HIRAYAMA, 2016).

Segundo Hirayama (2016), é importante esclarecer aos termos utilizados para tratar o universo da Medicina Integrativa, para ampliar a compreensão de suas peculiaridades.

A Medicina Integrativa (MI) propõe, como o próprio nome já diz, a integração entre a medicina convencional e a holística. Alguns autores tratam a MI como “terapias holísticas”, fazendo muitas vezes uma referência complementar como “terapia integrativa e holística”, e/ou “terapia holística” (VELLOSO, 2012; THIAGO e TESSER, 2011). Outros autores (OTANI e BARROS, 2011) referem-se à MI como sendo “terapias complementares” ou “medicina alternativa”, embora esta trate apenas de investigar e defender as práticas holísticas.

A MI enfatiza a abordagem holística e voltada para os cuidados integrais à pessoa, para promoção de sua saúde e bem-estar - incluindo aspectos mentais, emocionais, funcionais, espirituais, sociais e comunitários - e tratar a pessoa como um todo, ao invés de considera-lo como um sistema de órgãos (KUBA e VATTIMO, 2015).

De acordo com o NCCIH, nos Estados Unidos, , muitas pessoas usam abordagens terapêuticas que normalmente não fazem parte dos cuidados médicos convencionais ou que podem ter origens fora da prática ocidental habitual. Ao descrever essas abordagens, as pessoas geralmente usam “alternativo” e “complementar” de forma semelhante, mas os dois termos se referem a conceitos diferentes: se uma prática não convencional é usada em conjunto com a medicina convencional, ela é considerada "complementar"; se uma prática não convencional é usada no lugar da medicina convencional, ela é considerada "alternativa".

O NCCIH define MI como um grupo de diversos sistemas médicos e de saúde, práticas e produtos que geralmente não são considerados parte da medicina convencional, incluindo, mas não limitados a: suplementos nutricionais, vitaminas, hipnose, massagem, acupuntura, toque de cura e imagens guiadas. O NCCIH categoriza a MI em cinco grupos principais: sistemas médicos completos, medicina mente-corpo, práticas baseadas na biologia, práticas manipulativas e corporais e medicina energética (JUDSON et al., 2011).

Na figura 1 são encontradas as seguintes terminologias referentes à Medicina Integrativa:

Figura 4 - Termos utilizados para Medicina Integrativa na Literatura.

Fonte: Hirayama (2016).

O Consórcio Acadêmico para Medicina Integrativa e Saúde dos Estados Unidos (2020, on-line) define MI como

a prática da medicina que reafirma a importância da relação entre médico e paciente, enfoca a pessoa como um todo, é informado por evidências e faz uso de todas as abordagens terapêuticas e de estilo de vida adequadas, profissionais de saúde e disciplinas para alcançar a saúde e a cura ideais.

O uso de abordagens integrativas para saúde e bem-estar vem crescendo nos Estados Unidos, e os pesquisadores estão atualmente explorando os potenciais benefícios da saúde integrativa em uma variedade de situações, incluindo alívio de sintomas em pessoas com câncer (NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH, 2020). Cada vez mais pessoas com câncer, especialmente mulheres com câncer, estão recorrendo à MI para atender às necessidades não atendidas durante a terapia convencional. Alguns autores relatam que até 80% de todas as pessoas com câncer e 44% das mulheres com câncer ginecológico usam alguma forma de MI durante o curso do seu tratamento (JUDSON et al., 2011). As pessoas podem se beneficiar com as técnicas oferecidas, mesmo nas fases avançadas da doença, podendo melhorar a qualidade de vida e

sintomas causados pela doença (JUDSON et al., 2011; NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH, 2020).

Considerando o que foi posto acima, o marco teórico desse estudo é o da Medicina Integrativa no contexto dos cuidados paliativos, para uma melhor compreensão do seu papel na definição, evidências e elaboração de projetos para aplicação dentro desses centros de cuidados.

O Pressuposto é que o Reiki foi reconhecido como prática integrativa e complementar pelo SUS e configura-se como uma temática relevante e inovadora em Saúde Pública. A literatura científica aponta que seus resultados podem contribuir significativamente para o tratamento de pessoas com câncer, como uma abordagem não farmacológica, não invasiva e de baixo custo. Porém ainda é controversa e pouco conhecida no Brasil e há poucos estudos com metodologias estruturadas, bem definidas e com aplicabilidade clínica.

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo piloto de um ensaio clínico randomizado e controlado, realizado com 14 pessoas com câncer internados em um hospital público de grande porte e alta complexidade, que é referência para atenção oncológica, localizado em cidade do interior do Estado de São Paulo. A coleta de dados da pesquisa foi realizada em fevereiro e março de 2020, na enfermaria de Oncologia Clínica, localizada no 7º andar desse hospital.

Este estudo verificou a pertinência da metodologia proposta para o estudo, com a aplicação da terapia Reiki e realização de avaliações que serão apresentadas a seguir. Espera-se que a metodologia seja de alta qualidade e aplicável a um novo estudo clínico randomizado e controlado, que deverá ser realizado em continuidade com maior número de participantes.

3.1 Aspectos Éticos

O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e também pelo CEP do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) (CAAE: 12445119.7.0000.5393, número do parecer 3.449.547 e Número do Parecer: 3.985.230 referente à emenda ao projeto). A coleta de dados acontecer apenas após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), por todos os participantes.

3.2 Cálculo Amostral

Para a realização do cálculo amostral foram considerados os seguintes parâmetros de interesse: nível de significância de 5% ($\alpha = 0.05$), poder do teste de 95% ($1 - \beta = 0.95$), Tamanho de Efeito Pequeno (0.20, COHEN, 1988), a presença de 4 grupos (GC1, GC2, GR1, GR2), 4 avaliações do Cortisol (2 diárias por 2 dias). Uma correlação entre as medidas de 0.10 foi assumida. O programa utilizado para as análises foi o GPower Versão 3.1.7 (FAUL, 2009).

Assim, a estimativa inicial do número de participantes do estudo foi de 36 participantes. Porém, devido à Pandemia da COVID-19, não foi possível realizar a coleta com o número de participantes estimado, tendo em vista que eram pessoas internadas, imunossuprimidas e do grupo de risco para a COVID-19. Além disso, nos meses iniciais da

Pandemia não havia equipamentos de proteção individual (EPIs) suficientes para toda a equipe e também para os pesquisadores e o número de pessoas por metro quadrado no hospital foi drasticamente reduzido para prevenir contaminações.

A seleção dos participantes foi aleatorizada antes de iniciar o estudo usando uma lista de randomização gerada pelo programa R (R CORE TEAM, 2018), permutados em proporções iguais em cada grupo.

3.3 Casuística e Critérios de Elegibilidade

A casuística final foi composta por 14 participantes de ambos os sexos, internados na Enfermaria de Oncologia Clínica do hospital em questão, divididos em 2 grupos de acordo com a condição clínica de cada participantes (estar ou não em cuidados paliativos) e que se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão apresentados a seguir:

- Critérios de inclusão: Foram selecionadas pessoas de ambos os sexos, na idade superior a 18 anos, que internaram com diagnóstico clínico de câncer, aceitaram participar do estudo, tinham previsão de internação igual ou acima de 2 dias; foram avaliados e indicados pelos profissionais da equipe clínica e considerados cognitivamente orientados.
- Critérios de Exclusão: Foram excluídos do estudo as pessoas com tumores em Sistema Nervoso Central (SNC) ou sequelas neurológicas, índice de Karnofsky Performance Status (KPS) abaixo de 30%, submetidos a procedimentos cirúrgicos, que interromperam a aplicação de Reiki durante o estudo, que não concordaram e/ou não seguiram as recomendações para a coleta do material (saliva) para a análise do nível de cortisol salivar.

Após o aceite da pesquisa e assinatura do TCLE (apêndice A), os participantes passaram por uma avaliação inicial detalhada, composta pela anamnese (anexo A), aferição da pressão arterial (anexo B), frequência cardíaca, Karnofsky Performance Status (KPS) (anexo C), *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS-BR) (anexo D), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (anexo E) e a coleta da saliva para verificar o nível de cortisol.

3.4 Procedimentos

As coletas de dados foram realizadas em dois dias consecutivos. Foram realizados: anamnese (somente no primeiro dia), aplicação do *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS-BR), da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e *Karnofsky Performance Status* (KPS), aferição da pressão arterial e da frequência cardíaca, coleta da saliva para verificar o nível de cortisol e aplicação do reiki. Após 30 minutos do término do tratamento do reiki foram realizados novamente: aferição da pressão arterial (PA) e frequência cardíaca (FC), nova aplicação do ESAS-BR, HADS e coleta de cortisol salivar. (BIROCCO et al., 2012; COAKLEY, BARRON e ANNESE, 2016; DEMIR et al., 2015)

- Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-BR) - A escala ESAS é uma ferramenta validada para o Brasil, breve e útil clinicamente, utilizando-se do relato da pessoa com câncer, avaliando os seguintes sintomas: dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar, dispneia e sono, todos numa escala de 0 a 10, sendo zero nenhum sintomas e 10 o pior sintoma possível. (MANFREDINI, 2014).

- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) - A HADS é escala validada no Brasil que possibilita avaliar separadamente a depressão e a ansiedade tanto em pessoas com outras doenças instaladas como em indivíduos não considerados doentes. A HADS é composta por 14 itens de múltipla escolha divididos em duas subescalas: HADS-Ansiedade (HADS-A), com sete questões para o diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Leve (perguntas de números ímpares) e HADS-Depressão (HADS-D), com outras sete para o Transtorno Depressivo Leve (perguntas de números pares). A escala de resposta varia entre zero e três pontos (de ausente a muito frequente) com escore máximo de 21 pontos por subescala. Os pontos de corte são de ≥ 8 pontos para a ansiedade e ≥ 9 para depressão. (BOTEGA et al., 1995; REZENDE et al., 2005).

- Karnofsky Performance Status (KPS) - A Escala KPS torna possível classificar a pessoa através de seu comprometimento funcional, com resultados que variam de 0% a 100%. Pode ser utilizada para comparação da efetividade de diferentes terapias e para avaliar o prognóstico individualmente. Escores mais baixos na escala de Karnofsky estão associados a menores tempos de sobrevida em pessoas com doenças graves (MANFREDINI, 2014).

- Aferição da Pressão Arterial – A Pressão Arterial é considerada medida não invasiva, associada ao Sistema Nervoso Autônomo (SNA). Sabe-se que em momentos de estresse a pressão arterial sobe, isto tanto no normotenso quanto no hipertenso, pois a mesma representa

o produto da resistência periférica versus débito cardíaco (DÍAZ-RODRÍGUEZ et al., 2011; RONSEIN et al., 2004).

- Frequência Cardíaca - Mudanças nos padrões da Variação da Frequência Cardíaca (VFC) fornecem um indicador sensível e antecipado de comprometimentos na saúde. Alta VFC é sinal de boa adaptação, caracterizando um indivíduo saudável com mecanismos autonômicos eficientes. Inversamente, baixa VFC é frequentemente um indicador de adaptação anormal e insuficiente do SNA, o que pode indicar a presença de mau funcionamento fisiológico no indivíduo (VANDERLEI et al., 2009).

- Verificação do Nível de Cortisol – Através do nível de cortisol salivar é possível avaliar uma resposta fisiológica ao estresse crônico, sendo a dor um potencial agente estressor, pois causa aumento crônico deste hormônio (ALMEIDA et al., 2014). . Para a coleta do cortisol salivar os participantes foram orientados a não comer, não beber, não escovar os dentes e não fumar uma hora antes de coletar a saliva (BATISTA et al., 2015).

- Aplicação do Reiki - Na sequência da aplicação das escalas, os participantes receberam o reiki , deitados em seu próprio leito hospitalar em decúbito dorsal. A técnica foi aplicada por uma pessoa com formação nos três níveis do reiki, pelo método de Mikao Usui. O técnica utilizada foi a linhagem tradicional do sistema Usui de cura natural (RIEBEN, 2006).

As sessões tiveram duração de 21 minutos cada, sendo que a aplicação da técnica foi guiada por uma música própria para Reiki que possui badaladas a cada 3 minutos. O terapeuta reikiano impôs as mãos sobre os 7 pontos dos chacras do corpo do participante – chakra coronariano, frontal, laríngeo, cardíaco, plexo solar, esplênico e raiz - sobre a roupa e sem tocá-lo, por 3 minutos em cada local, incluindo áreas ao redor da cabeça, olhos, tórax e quadril, conforme ilustra a figura 5.

Figura 5 – Pontos de aplicação do Reiki.

Fonte: Associação Portuguesa de Reiki, modificada (2013)

O Reiki é uma forma de realizar a ativação e o alinhamento dos 7 chakras principais do corpo, o que ajuda na melhora da saúde geral do corpo, tanto física, quanto mental e emocional.

3.5 Análise de Dados

Para análise estatística dos dados coletados, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney tanto para comparação entre grupos quanto para analisar as mudanças observadas nos 2 momentos (antes e após cada sessão) em relação à aferição da pressão arterial, frequência cardíaca e níveis de cortisol salivar. As variáveis contínuas foram expressas como média, mediana e desvio padrão. Realizou-se a análise descritiva dos resultados obtidos na anamnese para a caracterização sociodemográfica e clínica da casuística. Utilizaram-se os valores recomendados de cada uma das escalas utilizadas e um teste não paramétrico aplicado para duas amostras independentes. Definiu-se como estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Durante o período de realização do projeto foram recrutados 93 participantes, dos quais 62 foram excluídos por não preencherem os critérios de elegibilidade do estudo, 4 foram excluídos nos critérios de descontinuidade da pesquisa e 9 recusaram-se a participar. A amostra final foi composta por 14 participantes, conforme apresentado na Figura 6.

Figura 6 – Fluxograma dos procedimentos de inclusão, alocação, seguimento e análise da amostra do estudo (n=14). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020.

Embora tenha sido definido 4 grupos, conforme mostra a figura 3, seguindo a metodologia inicial do estudo, devido a pandemia e ao número baixo de participantes, foi feita a análise de dados comparando-se dois grupos, seguindo as mesmas divisões, conforme apresentados a seguir:

- a) Grupo Controle X Grupo Reiki
- b) Grupo Controle Paliativo X Grupo Reiki Paliativo
- c) Grupo Controle Não-Paliativo X Grupo Reiki Não-Paliativo
- d) Grupo Controle Paliativo X Grupo Controle Não-Paliativo
- e) Grupo Reiki Paliativo X Grupo Reiki Não-Paliativo

4.1 Características Clínicas e Sociodemográficas

Na Tabela 1, a seguir, são apresentadas as características clínicas e sociodemográficas dos participantes do estudo.

Tabela 1 - Caracterização dos dados sociodemográficos dos participantes do estudo (n=14)

CARACTERÍSTICAS		MÉDIA	N	%
IDADE		51,3	14	100
SEXO	Masculino		7	50
	Feminino		7	50
ESTADO CIVIL	Solteiro (a)		5	35,6
	Casado (a)		8	57,3
	Viúvo (a)		1	7,1
FILHOS		2,3	14	100
RELIGIÃO	Catolicismo		8	57,3
	Testemunha de Jeová		1	7,1
	Evangélica		1	7,1
	Cristã		2	14,3
	Umbanda		1	7,1
	Sem religião		1	7,1
ESCOLARIDADE	Fundamental Incompleto		6	42,9
	Fundamental Completo		2	14,3
	Ensino Médio Completo		5	35,7
	Superior Completo		1	7,1

4.2 Grupo Controle X Grupo Reiki

Neste item serão apresentadas as análises de dados e comparação entre os grupos controle e reiki, com 7 participantes em cada grupo.

Na Tabela 2, a seguir, foram apresentadas as médias, medianas e desvio padrão dos valores de KPS, pressão arterial e frequência cardíaca nos dois dias de intervenção e a alteração dos resultados. Não houve diferença estatística entre os grupos controle e reiki nessas categorias.

Tabela 2 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores de KPS, pressão arterial e frequência cardíaca em cada dia de coleta

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE			GRUPO REIKI			P VALUE
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
KPS		72,86	80,00	±13,80	80	80,00	±11,55	0,318
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	Dia 1	115,43	117,50	±18,54	128,07	139,00	±29,78	0,259
	Dia 2	114,21	113,00	±16,64	126,43	123,00	±30,67	0,620
	Diferença D1/D2	1,21	-1,50	±13,76	1,64	4,50	±12,91	1,000
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA	Dia 1	71,29	70,50	±14,17	74,50	75,00	±16,60	0,456
	Dia 2	70,57	71,00	±10,34	70,14	71,50	±15,68	1,000
	Diferença D1/D2	0,71	-4,00	±9,43	4,36	3,50	±7,94	0,383
FREQUÊNCIA CARDÍACA	Dia 1	75,71	77,50	±14,27	80,50	85,00	±10,44	0,620
	Dia 2	81,71	90,00	±15,40	80,07	79,00	±5,49	0,620
	Diferença D1/D2	-6,00	-3,00	±9,98	0,43	4,00	±7,92	0,209

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Na Tabela 3, a seguir, foram apresentados os dados da escala de ESAS-BR representando a média, mediana e desvio padrão dos sintomas de dor, cansaço, náusea, tristeza, ansiedade, sonolência, apetite, bem estar, falta de ar e sono. A variável que demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os Grupos Controle e Reiki foi o sono ($p=0,007$).

Tabela 3 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores do ESAS-BR em cada dia de coleta e alteração dos resultados após cada sessão nos grupos controle e reiki.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE			GRUPO REIKI			P VALUE
ESAS-BR		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
DOR	Dia1	1,14	0,00	±2,04	3,29	5,00	±3,25	0,259
	Dia2	0,71	0,00	±1,25	2,29	0,00	±3,73	0,535
	Diferença D1/D2	0,43	0,00	±1,62	1,00	0,00	±2,31	0,710
CANSAÇO	Dia1	2,71	1,00	±3,35	2,00	0,00	±3,83	0,383
	Dia2	2,29	0,00	±3,86	1,43	0,00	±3,78	0,456
	Diferença D1/D2	0,43	0,00	±3,69	0,57	0,00	±1,51	1,000
NÁUSEA	Dia1	0,29	0,00	±0,76	2,00	0,00	±3,42	0,620
	Dia2	0,71	0,00	±1,89	1,43	0,00	±3,78	1,000
	Diferença D1/D2	-0,43	0,00	±2,15	0,57	0,00	±3,05	0,902
TRISTEZA	Dia1	2,57	3,00	±2,76	3,71	2,00	±4,19	0,710
	Dia2	1,86	0,00	±3,29	1,86	0,00	±3,76	1,000
	Diferença D1/D2	0,71	0,00	±1,60	1,86	0,00	±2,73	0,456
ANSIEDADE	Dia1	5,29	5,00	±3,04	4,43	5,00	±2,51	0,535
	Dia2	5,29	7,00	±3,86	4,29	4,00	±3,04	0,805
	Diferença D1/D2	0,00	0,00	±1,73	0,14	0,00	±2,34	1,000
SONOLÊNCIA	Dia1	4,71	5,00	±3,15	2,86	2,00	±3,18	0,318
	Dia2	4,86	5,00	±3,24	1,29	0,00	±2,21	0,530
	Diferença D1/D2	-0,14	-1,00	±1,57	1,57	0,00	±3,55	0,318
APETITE	Dia1	3,14	4,00	±3,18	3,43	2,00	±3,99	0,902
	Dia2	3,71	5,00	±2,69	2,71	2,00	±3,59	0,318
	Diferença D1/D2	-0,57	0,00	±2,07	0,71	0,00	±1,25	0,383
BEM-ESTAR	Dia1	1,57	0,00	±2,07	2,86	3,00	±3,08	0,456
	Dia2	3,29	3,00	±2,93	2,14	1,00	±3,58	0,383
	Diferença D1/D2	-1,71	0,000	±3,82	0,71	0,00	±2,36	0,259
FALTA DE AR	Dia1	0,00	0,00	±0,00	0,86	0,00	±1,46	0,383
	Dia2	0,00	0,00	±0,00	0,14	0,00	±0,38	0,710
	Diferença D1/D2	0,00	0,00	±0,00	0,71	0,00	±1,25	0,383
SONO	Dia1	1,86	1,00	±2,12	4,71	5,00	±3,64	0,165
	Dia2	3,71	3,00	±3,86	1,57	0,00	±2,15	0,318
	Diferença D1/D2	-1,86	-2,00	±2,04	3,14	2,00	±3,85	0,007 *

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Na Tabela 4, a seguir, foram apresentados os dados referentes a outros sintomas avaliados pela escala HADS - ansiedade e depressão. Os dados não apresentaram diferença estatística.

Tabela 4 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores da HADS em cada dia de coleta e diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle e reiki.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE			GRUPO REIKI			P VALUE
HADS		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
ANSIEDADE	Dia1	5,71	7,00	±3,25	6,14	5,00	±4,71	1,000
	Dia2	5,29	6,00	±3,25	5,57	6,00	±3,78	1,000
	Diferença D1/D2	0,43	0,00	±0,79	0,57	0,00	±2,51	0,383
DEPRESSÃO	Dia1	6,43	5,00	±5,62	5,86	5,00	±4,53	1,000
	Dia2	5,14	3,00	±5,11	5,14	4,00	±6,39	0,805
	Diferença D1/D2	1,29	1,00	±1,80	0,71	1,00	±3,35	0,805

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Na Tabela 5, a seguir, foram apresentados os dados referentes ao nível de cortisol salivar, analisados antes e a após cada intervenção nos dois dias de atendimento. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 5 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos marcadores de cortisol salivar pré e pós intervenção e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle e reiki.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE			GRUPO REIKI			P VALUE
CORTISOL		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
DIA 1	Antes	0,37	0,25	±0,28	1,08	0,44	±1,90	0,710
	Depois	0,41	0,14	±0,62	0,37	0,41	±0,15	0,240
	Diferença Pré/Pós	-0,10	0,01	±0,37	-0,01	0,01	±0,12	0,937
DIA 2	Antes	0,33	0,21	±0,37	0,49	0,24	±0,55	0,788
	Depois	0,22	0,15	±0,23	0,75	0,31	±1,29	0,343
	Diferença Pré/Pós	0,07	0,05	±0,13	-0,26	0,00	±0,79	0,788

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

4.3 Grupo Controle Paliativo X Grupo Reiki Paliativo

Aqui serão apresentadas as análises de dados e comparação entre os grupos controle paliativo e reiki paliativo, com 3 participantes em cada grupo.

A seguir, na Tabela 6, foram expostos os valores das médias, medianas e desvio padrão dos valores de KPS, PA e FC em ambos os dias de intervenção e a diferença dos resultados. Não houve diferença estatística entre os grupos nessas categorias.

Tabela 6 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores de KPS, pressão arterial e frequência cardíaca em cada dia de coleta e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e reiki paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE PALIATIVO			GRUPO REIKI PALIATIVO			P VALUE
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
KPS		66,67	70,00	±15,28	73,33	70,00	±15,28	0,700
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	Dia1	113,33	117,50	±28,48	131,67	140,00	±43,60	0,400
	Dia2	115,00	125,50	±24,50	136,33	160,50	±48,95	0,700
	Diferença D1/D2	-1,67	-4,00	±14,64	-4,67	2,00	±13,77	1,000
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA	Dia1	62,33	66,00	±10,49	72,83	74,00	±21,27	0,400
	Dia2	65,33	63,50	±10,37	73,17	79,00	±24,77	0,700
	Diferença D1/D2	-3,00	-5,50	±9,01	-0,33	-1,00	±5,03	0,700
FREQUÊNCIA CARDÍACA	Dia1	72,50	74,50	±10,64	75,33	76,00	±11,51	0,700
	Dia2	75,83	73,00	±13,48	76,17	77,50	±3,69	1,000
	Diferença D1/D2	-3,33	-3,00	±12,50	-0,83	4,00	±11,54	1,000

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Na Tabela 7, foram apontados os dados da escala de ESAS-BR representando a média, mediana e desvio padrão dos sintomas de dor, cansaço, náusea, tristeza, ansiedade, sonolência, apetite, bem estar, falta de ar e sono. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 7 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores do ESAS-BR em cada dia de coleta e alteração dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e reiki paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE PALIATIVO			GRUPO REIKI PALIATIVO			P VALUE
ESAS-BR		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
DOR	Dia1	1,67	0,00	±2,89	4,33	5,00	±4,04	0,400
	Dia2	1,67	2,00	±1,53	4,00	2,00	±5,29	1,000
	Diferença D1/D2	0,00	0,00	±2,00	0,33	0,00	±2,52	1,000
CANSAÇO	Dia1	3,00	1,00	±4,36	3,33	0,00	±5,77	1,000
	Dia2	5,00	5,00	±5,00	3,33	0,00	±5,77	0,700
	Diferença D1/D2	-2,00	-2,00	±3,00	0,00	0,00	±0,00	0,700
NÁUSEA	Dia1	0,00	0,00	0,00	2,33	0,00	±4,04	0,700
	Dia2	1,67	0,00	±2,89	3,33	0,00	±5,77	1,000
	Diferença D1/D2	-1,67	0,00	±2,89	-1,00	0,00	±1,73	1,000
TRISTEZA	Dia1	1,67	0,00	±2,89	5,67	7,00	±5,13	0,400
	Dia2	1,67	0,00	±2,89	3,33	0,00	±5,77	1,000
	Diferença D1/D2	0,00	0,00	0,00	2,33	0,00	±4,04	0,700
ANSIEDADE	Dia1	5,33	5,00	±2,52	4,33	5,00	±4,04	1,000
	Dia2	6,33	7,00	±4,04	6,00	5,00	±3,61	1,000
	Diferença D1/D2	-1,00	-2,00	±1,73	-1,67	-2,00	±1,53	0,700
SONOLÊNCIA	Dia1	7,00	8,00	±2,65	3,33	2,00	±4,16	0,200
	Dia2	7,33	7,00	±2,52	1,33	0,00	±2,31	0,100
	Diferença D1/D2	-0,33	-1,00	±2,08	2,00	0,00	±5,29	0,700
APETITE	Dia1	1,67	0,00	±2,89	7,33	7,00	±2,52	0,100
	Dia2	3,33	5,00	±2,89	5,67	4,00	±3,79	1,000
	Diferença D1/D2	-1,67	0,00	±2,89	1,67	2,00	±1,53	0,200
BEM-ESTAR	Dia1	1,00	0,00	±1,73	4,33	5,00	±4,04	0,400
	Dia2	4,33	5,00	±4,04	3,67	1,00	±5,51	1,000
	Diferença D1/D2	-3,33	-5,00	±5,69	0,67	0,00	±3,06	0,400
FALTA DE AR	Dia1	0,00	0,00	±0,00	0,00	0,00	±0,00	1,000
	Dia2	0,00	0,00	±0,00	0,00	0,00	±0,00	1,000
	Diferença D1/D2	0,00	0,00	±0,00	0,00	0,00	±0,00	1,000
SONO	Dia1	2,67	3,00	±2,52	5,00	7,00	±4,36	0,400
	Dia2	5,00	3,00	±4,36	1,67	0,00	±2,89	0,400
	Diferença D1/D2	-2,33	-2,00	±2,52	3,33	2,00	±4,16	0,100

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Na Tabela 8, a seguir, foram apresentados os dados referentes a outros sintomas avaliados pela escala HADS - ansiedade e depressão. Os dados não apresentaram diferença estatística.

Tabela 8 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores da HADS em cada dia de coleta e diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e reiki paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE PALIATIVO			GRUPO REIKI PALIATIVO			P VALUE
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
ANSIEDADE	Dia1	5,33	5,00	±2,52	4,67	3,00	±5,69	0,700
	Dia2	4,33	5,00	±2,08	5,00	3,00	±6,24	1,000
	Diferença D1/D2	1,00	1,00	±1,00	-0,33	0,00	±0,58	0,200
DEPRESSÃO	Dia1	8,00	8,00	±3,00	7,33	10,00	±6,43	1,000
	Dia2	5,67	6,00	±2,52	7,67	5,00	±9,29	1,000
	Diferença D1/D2	2,33	2,00	±2,52	-0,33	0,00	±5,51	0,700

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Na Tabela 9, a seguir, foram apresentados os dados referentes ao nível de cortisol salivar, analisados antes e a após cada intervenção nos dois dias de atendimento. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 9 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos marcadores de cortisol salivar pré e pós intervenção e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e reiki paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE PALIATIVO			GRUPO REIKI PALIATIVO			P VALUE
CORTISOL		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
DIA1	Antes	0,61	0,71	±0,29	2,02	0,51	±2,89	1,000
	Depois	0,98	0,98	±0,96	0,42	0,42	±0,05	1,000
	Diferença Pré/Pós	-0,43	-0,43	±0,57	-0,06	-0,06	±0,17	1,000
DIA2	Antes	0,46	0,46	±0,57	0,75	0,59	±0,78	1,000
	Depois	0,35	0,35	±0,39	1,38	0,41	±1,97	1,000
	Diferença Pré/Pós	0,11	0,11	±0,18	-0,63	-0,01	±1,24	0,800

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

4.4 Grupo Controle Não-Paliativo X Grupo Reiki Não-Paliativo

Serão apresentadas as análises de dados e comparação entre os grupos controle não-paliativo e reiki não-paliativo, com 4 participantes em cada grupo.

Na Tabela 10, a seguir, foram apresentadas as médias, medianas e desvio padrão dos valores de KPS, pressão arterial e frequência cardíaca nos dois dias de intervenção e a alteração dos resultados. Não houve diferença estatística entre os grupos nessas categorias.

Tabela 10 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores de KPS, pressão arterial e frequência cardíaca em cada dia de coleta e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle não-paliativo e reiki não-paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE NÃO-PALIATIVO			GRUPO REIKI NÃO-PALIATIVO			P VALUE
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
KPS		77,50	80,00	±12,58	85,00	85,00	±5,77	0,486
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	Dia1	117,00	119,75	±11,80	125,38	132,00	±21,98	0,486
	Dia2	113,63	110,50	±12,35	119,00	121,00	±10,59	0,686
	Diferença D1/D2	3,38	6,50	±14,87	6,38	9,75	±11,71	1,000
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA	Dia1	78,00	73,50	±13,71	75,75	77,75	±15,64	1,000
	Dia2	74,50	75,75	±9,70	67,88	69,75	±8,18	0,486
	Diferença D1/D2	3,50	3,00	±9,98	7,88	8,00	±8,40	0,486
FREQUÊNCIA CARDÍACA	Dia1	78,13	82,75	±17,71	84,38	86,75	±9,11	1,000
	Dia2	86,13	92,50	±17,11	83,00	82,75	±4,95	0,343
	Diferença D1/D2	-8,00	-4,75	±9,08	1,38	3,25	±5,82	0,114

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Na Tabela 11, a seguir, foram apresentados os dados da escala de ESAS-BR representando a média, mediana e desvio padrão dos sintomas de dor, cansaço, náusea, tristeza, ansiedade, sonolência, apetite, bem estar, falta de ar e sono. Não foram observadas diferenças estatísticas.

Tabela 11 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores do ESAS-BR em cada dia de coleta e alteração dos resultados após cada sessão nos grupos controle não-paliativo e reiki não-paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE NÃO-PALIATIVO			GRUPO REIKI NÃO-PALIATIVO			P VALUE
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
ESAS-BR DOR	Dia1	0,75	0,00	±1,50	2,50	2,50	±2,89	0,486
	Dia2	0,00	0,00	±0,00	1,00	0,00	±2,00	0,686
	Diferença D1/D2	0,75	0,00	±1,50	1,50	0,50	±2,38	0,686
CANSAÇO	Dia1	2,50	1,50	±3,11	1,00	0,00	±2,00	0,343
	Dia2	0,25	0,00	±0,50	0,00	0,00	±0,00	0,686
	Diferença D1/D2	2,25	1,00	±3,30	1,00	0,00	±2,00	0,686
NÁUSEA	Dia1	0,50	0,00	±1,00	1,75	0,00	±3,50	1,000
	Dia2	0,00	0,00	±0,00	0,00	0,00	±0,00	1,000
	Diferença D1/D2	0,50	0,00	±1,00	1,75	0,00	±3,50	1,000
TRISTEZA	Dia1	3,25	3,00	±2,87	2,25	1,00	±3,30	0,486
	Dia2	2,00	0,00	±4,00	0,75	0,00	±1,50	0,886
	Diferença D1/D2	1,25	1,50	±2,06	1,50	1,00	±1,91	1,000
ANSIEDADE	Dia1	5,25	6,50	±3,77	4,50	4,50	±1,29	0,486
	Dia2	4,50	5,00	±4,12	3,00	3,50	±2,16	0,686
	Diferença D1/D2	0,75	0,00	±1,50	1,50	1,00	±1,91	0,686
SONOLÊNCIA	Dia1	3,00	3,50	±2,45	2,50	2,50	±2,89	0,886
	Dia2	3,00	3,00	±2,45	1,25	0,00	±2,50	0,343
	Diferença D1/D2	0,00	-0,50	±1,41	1,25	0,00	±2,50	0,343
APETITE	Dia1	4,25	4,50	±3,30	0,50	0,00	±1,00	0,114
	Dia2	4,00	4,50	±2,94	0,50	0,00	±1,00	0,114
	Diferença D1/D2	0,25	0,50	±0,96	0,00	0,00	±0,00	0,686
BEM-ESTAR	Dia1	2,00	1,50	±2,45	1,75	1,50	±2,06	0,886
	Dia2	2,50	2,50	±2,08	1,00	1,00	±1,15	0,343
	Diferença D1/D2	-0,50	0,00	±1,73	0,75	1,00	±2,22	0,486
FALTA DE AR	Dia1	0,00	0,00	±0,00	1,50	1,50	±1,73	0,343
	Dia2	0,00	0,00	±0,00	0,25	0,00	±0,50	0,686
	Diferença D1/D2	0,00	0,00	±0,00	1,25	1,00	±1,50	0,343
SONO	Dia1	1,25	0,50	±1,89	4,50	4,50	±3,70	0,200
	Dia2	2,75	1,50	±3,77	1,50	1,00	±1,91	0,886
	Diferença D1/D2	-1,50	-1,00	±1,91	3,00	1,50	±4,24	0,114

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Na Tabela 12, a seguir, foram apresentados os dados referentes a outros sintomas avaliados pela escala HADS - ansiedade e depressão. Os dados não apresentaram diferença estatística.

Tabela 12 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores da HADS em cada dia de coleta e diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle não-paliativo e reiki não-paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE NÃO-PALIATIVO			GRUPO REIKI NÃO-PALIATIVO			P VALUE
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
HADS								
ANSIEDADE	Dia1	6,00	7,50	±4,08	7,25	6,50	±4,35	1,000
	Dia2	6,00	7,50	±4,08	6,00	6,50	±1,41	0,486
	Diferença D1/D2	0,00	0,00	±0,00	1,25	0,00	±3,30	1,000
DEPRESSÃO	Dia1	5,25	2,50	±7,27	4,75	4,00	±3,10	0,686
	Dia2	4,75	2,00	±6,90	3,25	2,50	±3,59	0,886
	Diferença D1/D2	0,50	0,50	±0,58	1,50	1,50	±0,58	0,114

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Na Tabela 13, a seguir, foram apresentados os dados referentes ao nível de cortisol salivar, analisados antes e a após cada intervenção nos dois dias de atendimento. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 13 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos marcadores de cortisol salivar pré e pós intervenção e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle não-paliativo e reiki não-paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE NÃO-PALIATIVO			GRUPO REIKI NÃO-PALIATIVO			P VALUE
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
CORTISOL								
DIA1	Antes	0,19	0,19	±0,07	0,37	0,33	±0,26	0,486
	Depois	0,12	0,12	±0,03	0,35	0,38	±0,19	0,200
	Diferença Pré/Pós	0,07	0,05	±0,08	0,02	0,01	±0,11	0,486
DIA2	Antes	0,21	0,21	±0,15	0,29	0,21	±0,28	1,000
	Depois	0,13	0,15	±0,07	0,28	0,26	±0,21	0,229
	Diferença Pré/Pós	0,03	0,03	±0,11	0,01	0,02	±0,12	1,000

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

4.5 Grupo Controle Paliativo X Grupo Controle Não-Paliativo

Aqui serão apresentadas as análises de dados e comparação entre os grupos controle paliativo com 3 participantes e controle não-paliativo com 4 participantes.

Na Tabela 14, a seguir, foram apresentadas as médias, medianas e desvio padrão dos valores de KPS, pressão arterial e frequência cardíaca nos dois dias de intervenção e a alteração dos resultados. Não houve diferença estatística entre os grupos controle e reiki nessas categorias.

Tabela 14 - Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores de KPS, pressão arterial e frequência cardíaca em cada dia de coleta e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e controle não-paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE PALIATIVO			GRUPO CONTROLE NÃO-PALIATIVO			P VALUE
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
KPS		66,67	70,00	±15,28	77,50	80,00	±12,58	0,400
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	Dia1	113,33	117,50	±28,48	117,00	119,75	±11,80	1,000
	Dia2	115,00	125,50	±24,50	113,63	110,50	±12,35	0,857
	Diferença D1/D2	-1,67	-4,00	±14,64	3,38	6,50	±14,87	0,629
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA	Dia1	62,33	66,00	±10,49	78,00	73,50	±13,71	0,114
	Dia2	65,33	63,50	±10,37	74,50	75,75	±9,70	0,400
	Diferença D1/D2	-3,00	-5,50	±9,01	3,50	3,00	±9,98	0,400
FREQUÊNCIA CARDÍACA	Dia1	72,50	74,50	±10,64	78,13	82,75	±17,71	0,629
	Dia2	75,83	73,00	±13,48	86,13	92,50	±17,11	0,629
	Diferença D1/D2	-3,33	-3,00	±12,50	-8,00	-4,75	±9,08	0,857

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Na Tabela 15, a seguir, foram apresentados os dados da escala de ESAS-BR representando a média, mediana e desvio padrão dos sintomas de dor, cansaço, náusea, tristeza, ansiedade, sonolência, apetite, bem estar, falta de ar e sono. Não houve diferença estatística.

Tabela 15 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores do ESAS-BR em cada dia de coleta e alteração dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e controle não-paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE PALIATIVO			GRUPO CONTROLE NÃO-PALIATIVO			P VALUE
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
ESAS-BR DOR	Dia1	1,67	0,00	±2,89	0,75	0,00	±1,50	0,857
	Dia2	1,67	2,00	±1,53	0,00	0,00	±0,00	0,229
	Diferença D1/D2	0,00	0,00	±2,00	0,75	0,00	±1,50	0,629
CANSAÇO	Dia1	3,00	1,00	±4,36	2,50	1,50	±3,11	1,000
	Dia2	5,00	5,00	±5,00	0,25	0,00	±0,50	0,229
	Diferença D1/D2	-2,00	-2,00	±3,00	2,25	1,00	±3,30	0,229
NÁUSEA	Dia1	0,00	0,00	0,00	0,50	0,00	±1,00	0,629
	Dia2	1,67	0,00	±2,89	0,00	0,00	±0,00	0,629
	Diferença D1/D2	-1,67	0,00	±2,89	0,50	0,00	±1,00	0,400
TRISTEZA	Dia1	1,67	0,00	±2,89	3,25	3,00	±2,87	0,629
	Dia2	1,67	0,00	±2,89	2,00	0,00	±4,00	1,000
	Diferença D1/D2	0,00	0,00	0,00	1,25	1,50	±2,06	0,629
ANSIEDADE	Dia1	5,33	5,00	±2,52	5,25	6,50	±3,77	1,000
	Dia2	6,33	7,00	±4,04	4,50	5,00	±4,12	0,629
	Diferença D1/D2	-1,00	-2,00	±1,73	0,75	0,00	±1,50	0,400
SONOLÊNCIA	Dia1	7,00	8,00	±2,65	3,00	3,50	±2,45	0,229
	Dia2	7,33	7,00	±2,52	3,00	3,00	±2,45	0,114
	Diferença D1/D2	-0,33	-1,00	±2,08	0,00	-0,50	±1,41	0,629
APETITE	Dia1	1,67	0,00	±2,89	4,25	4,50	±3,30	0,400
	Dia2	3,33	5,00	±2,89	4,00	4,50	±2,94	1,000
	Diferença D1/D2	-1,67	0,00	±2,89	0,25	0,50	±0,96	0,400
BEM-ESTAR	Dia1	1,00	0,00	±1,73	2,00	1,50	±2,45	0,629
	Dia2	4,33	5,00	±4,04	2,50	2,50	±2,08	0,629
	Diferença D1/D2	-3,33	-5,00	±5,69	-0,50	0,00	±1,73	0,629
FALTA DE AR	Dia1	0,00	0,00	±0,00	0,00	0,00	±0,00	1,000
	Dia2	0,00	0,00	±0,00	0,00	0,00	±0,00	1,000
	Diferença D1/D2	0,00	0,00	±0,00	0,00	0,00	±0,00	1,000
SONO	Dia1	2,67	3,00	±2,52	1,25	0,50	±1,89	0,629
	Dia2	5,00	3,00	±4,36	2,75	1,50	±3,77	0,400
	Diferença D1/D2	-2,33	-2,00	±2,52	-1,50	-1,00	±1,91	0,629

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística (p<0,05).

Na Tabela 16, a seguir, foram apresentados os dados referentes a outros sintomas avaliados pela escala HADS - ansiedade e depressão. Os dados não apresentaram diferença estatística.

Tabela 16 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores da HADS em cada dia de coleta e diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e controle não-paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE PALIATIVO			GRUPO CONTROLE NÃO-PALIATIVO			P VALUE
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
HADS								
ANSIEDADE	Dia1	5,33	5,00	±2,52	6,00	7,50	±4,08	0,629
	Dia2	4,33	5,00	±2,08	6,00	7,50	±4,08	0,400
	Diferença D1/D2	1,00	1,00	±1,00	0,00	0,00	±0,00	0,229
DEPRESSÃO	Dia1	8,00	8,00	±3,00	5,25	2,50	±7,27	0,400
	Dia2	5,67	6,00	±2,52	4,75	2,00	±6,90	0,400
	Diferença D1/D2	2,33	2,00	±2,52	0,50	0,50	±0,58	0,400

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Na Tabela 17, a seguir, foram apresentados os dados referentes ao nível de cortisol salivar, analisados antes e a após cada intervenção nos dois dias de atendimento. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 17 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos marcadores de cortisol salivar pré e pós intervenção e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos controle paliativo e controle não-paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO CONTROLE PALIATIVO			GRUPO CONTROLE NÃO-PALIATIVO			P VALUE	
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão		
CORTISOL									
	DIA1	Antes	0,61	0,71	±0,29	0,19	0,19	±0,07	0,057
		Depois	0,98	0,98	±0,96	0,12	0,12	±0,03	0,133
		Diferença Pré/Pós	-0,43	-0,43	±0,57	0,07	0,05	±0,08	0,133
DIA2		Antes	0,46	0,46	±0,57	0,21	0,21	±0,15	1,000
		Depois	0,35	0,35	±0,39	0,13	0,15	±0,07	0,800
		Diferença Pré/Pós	0,11	0,11	±0,18	0,03	0,03	±0,11	0,667

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

4.6 Grupo Reiki Paliativo X Grupo Reiki Não-Paliativo

Serão apresentadas as análises de dados e comparação entre os grupos reiki paliativo com 3 participantes e reiki não-paliativo com 4 participantes.

Na Tabela 18, a seguir, foram apresentadas as médias, medianas e desvio padrão dos valores de KPS, pressão arterial e frequência cardíaca nos dois dias de intervenção e a alteração dos resultados. Não houve diferença estatística entre os grupos nessas categorias.

Tabela 18 - Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores de KPS, pressão arterial e frequência cardíaca em cada dia de coleta e alteração dos resultados após cada sessão nos grupos reiki paliativo e reiki não-paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO REIKI PALIATIVO			GRUPO REIKI NÃO-PALIATIVO			P VALUE
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
KPS		73,33	70,00	±15,28	85,00	85,00	±5,77	0,400
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	Dia1	131,67	140,00	±43,60	125,38	132,00	±21,98	0,847
	Dia2	136,33	160,50	±48,95	119,00	121,00	±10,59	0,629
	Diferença D1/D2	-4,67	2,00	±13,77	6,38	9,75	±11,71	0,229
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA	Dia1	72,83	74,00	±21,27	75,75	77,75	±15,64	1,000
	Dia2	73,17	79,00	±24,77	67,88	69,75	±8,18	0,629
	Diferença D1/D2	-0,33	-1,00	±5,03	7,88	8,00	±8,40	0,400
FREQUÊNCIA CARDÍACA	Dia1	75,33	76,00	±11,51	84,38	86,75	±9,11	0,400
	Dia2	76,17	77,50	±3,69	83,00	82,75	±4,95	0,114
	Diferença D1/D2	-0,83	4,00	±11,54	1,38	3,25	±5,82	1,000

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Na Tabela 19, a seguir, foram apresentados os dados da escala de ESAS-BR representando a média, mediana e desvio padrão dos sintomas de dor, cansaço, náusea, tristeza, ansiedade, sonolência, apetite, bem estar, falta de ar e sono. As variáveis não demonstraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 19 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores do ESAS-BR em cada dia de coleta e alteração dos resultados após cada sessão nos grupos reiki paliativo e reiki não-paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO REIKI PALIATIVO			GRUPO REIKI NÃO-PALIATIVO			P VALUE
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
ESAS-BR DOR	Dia1	1,67	0,00	±2,89	2,50	2,50	±2,89	0,629
	Dia2	1,67	2,00	±1,53	1,00	0,00	±2,00	0,400
	Diferença D1/D2	0,00	0,00	±2,00	1,50	0,50	±2,38	0,629
CANSAÇO	Dia1	3,00	1,00	±4,36	1,00	0,00	±2,00	0,847
	Dia2	5,00	5,00	±5,00	0,00	0,00	±0,00	0,629
	Diferença D1/D2	-2,00	-2,00	±3,00	1,00	0,00	±2,00	0,629
NÁUSEA	Dia1	0,00	0,00	0,00	1,75	0,00	±3,50	0,857
	Dia2	1,67	0,00	±2,89	0,00	0,00	±0,00	0,629
	Diferença D1/D2	-1,67	0,00	±2,89	1,75	0,00	±3,50	0,400
TRISTEZA	Dia1	1,67	0,00	±2,89	2,25	1,00	±3,30	0,400
	Dia2	1,67	0,00	±2,89	0,75	0,00	±1,50	0,857
	Diferença D1/D2	0,00	0,00	0,00	1,50	1,00	±1,91	1000
ANSIEDADE	Dia1	5,33	5,00	±2,52	4,50	4,50	±1,29	0,857
	Dia2	6,33	7,00	±4,04	3,00	3,50	±2,16	0,400
	Diferença D1/D2	-1,00	-2,00	±1,73	1,50	1,00	±1,91	0,114
SONOLÊNCIA	Dia1	7,00	8,00	±2,65	2,50	2,50	±2,89	0,857
	Dia2	7,33	7,00	±2,52	1,25	0,00	±2,50	1,000
	Diferença D1/D2	-0,33	-1,00	±2,08	1,25	0,00	±2,50	1,000
APETITE	Dia1	1,67	0,00	±2,89	0,50	0,00	±1,00	0,057
	Dia2	3,33	5,00	±2,89	0,50	0,00	±1,00	0,057
	Diferença D1/D2	-1,67	0,00	±2,89	0,00	0,00	±0,00	0,229
BEM-ESTAR	Dia1	1,00	0,00	±1,73	1,75	1,50	±2,06	0,400
	Dia2	4,33	5,00	±4,04	1,00	1,00	±1,15	0,857
	Diferença D1/D2	-3,33	-5,00	±5,69	0,75	1,00	±2,22	1,000
FALTA DE AR	Dia1	0,00	0,00	±0,00	1,50	1,50	±1,73	0,400
	Dia2	0,00	0,00	±0,00	0,25	0,00	±0,50	0,629
	Diferença D1/D2	0,00	0,00	±0,00	1,25	1,00	±1,50	0,400
SONO	Dia1	2,67	3,00	±2,52	4,50	4,50	±3,70	0,857
	Dia2	5,00	3,00	±4,36	1,50	1,00	±1,91	1,000
	Diferença D1/D2	-2,33	-2,00	±2,52	3,00	1,50	±4,24	1,000

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Na Tabela 20, a seguir, foram apresentados os dados referentes a outros sintomas avaliados pela escala HADS - ansiedade e depressão. Os dados não apresentaram diferença estatística.

Tabela 20 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos valores da HADS em cada dia de coleta e diferença dos resultados após cada sessão nos grupos reiki paliativo e reiki não-paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO REIKI PALIATIVO			GRUPO REIKI NÃO-PALIATIVO			P VALUE
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão	
HADS								
ANSIEDADE	Dia1	5,33	5,00	±2,52	7,25	6,50	±4,35	0,400
	Dia2	4,33	5,00	±2,08	6,00	6,50	±1,41	0,629
	Diferença D1/D2	1,00	1,00	±1,00	1,25	0,00	±3,30	1,000
DEPRESSÃO	Dia1	8,00	8,00	±3,00	4,75	4,00	±3,10	0,629
	Dia2	5,67	6,00	±2,52	3,25	2,50	±3,59	0,629
	Diferença D1/D2	2,33	2,00	±2,52	1,50	1,50	±0,58	0,629

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da Diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Na Tabela 21, a seguir, foram apresentados os dados referentes ao nível de cortisol salivar, analisados antes e a após cada intervenção nos dois dias de atendimento. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos.

Tabela 21 – Distribuição da média, mediana e desvio padrão dos marcadores de cortisol salivar pré e pós intervenção e Diferença dos resultados após cada sessão nos grupos reiki paliativo e reiki não-paliativo.

VARIÁVEL		GRUPO REIKI PALIATIVO			GRUPO REIKI NÃO-PALIATIVO			P VALUE	
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Média	Mediana	Desvio Padrão		
CORTISOL									
	DIA1	Antes	0,61	0,71	±0,29	0,37	0,33	±0,26	0,629
		Depois	0,98	0,98	±0,96	0,35	0,38	±0,19	0,800
		Diferença Pré/Pós	-0,43	-0,43	±0,57	0,02	0,01	±0,11	1,000
DIA2		Antes	0,46	0,46	±0,57	0,29	0,21	±0,28	0,629
		Depois	0,35	0,35	±0,39	0,28	0,26	±0,21	0,629
		Diferença Pré/Pós	0,11	0,11	±0,18	0,01	0,02	±0,12	1,000

Os resultados foram expressos com média, mediana e desvio padrão para dados dos dias 1 e 2, e também para a média da diferença dia1/dia2. *Significância estatística ($p < 0,05$).

Por fim, com relação à segurança, não foram relatados danos ou efeitos adversos ou sintomas indesejados por nenhum participante em nenhum dos grupos em decorrência da aplicação do Reiki, que foi bem aceito pelos participantes, mesmo a maioria não conhecendo a técnica previamente.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

De acordo com os dados sociodemográficos, houve uma prevalência por pessoas casadas (08 participantes ou 57%) e católicas (08 participantes ou 57%). A média de idade foi de 51,3 anos ($\pm 17,1$). Em relação a religião, a 08 participantes (57%) eram católicos e, quanto à escolaridade, 06 participantes (42,9%) tinham o ensino fundamental incompleto, seguido de 05 participantes (35,7%) com ensino médio completo.

Os diagnósticos clínicos foram diversificados e não houve prevalência de nenhum tipo de câncer. Foram identificados: Adenocarcinoma de Estômago (N=1); Sarcoma de Ewing (N=2); Adenocarcinoma de Colo de Útero (N=2); Adenocarcinoma de Reto (N=2); Adenocarcinoma de Cárdia (N=1); Adenocarcinoma de Cólon (N=3); Carcinoma Espinocelular de Língua (N=1); Adenocarcinoma de Pâncreas (N=1) e Leiomiossarcoma do Esterno (N=1).

Os dados referentes ao KPS dos participantes do estudo atual foram em média de 70-80%, correspondendo a um bom grau de funcionalidade e indicando a homogeneidade do grupo neste parâmetro.

O KPS é utilizado comumente para mensurar a capacidade funcional e pode auxiliar na avaliação prognóstica de pessoas acometidas com doença crônica, principalmente o câncer. Pode ser utilizado como critério de elegibilidade para serviços e pesquisas em cuidados paliativos. Pessoas com performance de 50% ou menos segundo o KPS têm necessidade de assistência mais frequente e com 30% ou menos são elegíveis para cuidados paliativos exclusivos e/ou cuidados de fim de vida. (ARIAS-ROJAS et al., 2019; AZEVEDO et al., 2016; CORRÊA et al., 2017; LAIDLAW, 2006).

O KPS se correlaciona com a resposta à quimioterapia, tolerabilidade da quimioterapia, sobrevida e qualidade de vida de pacientes com câncer (INNO et al., 2018). Pessoas com escores de KPS intermediários e baixos tem uma menor sobrevida quando comparados àqueles com escores KPS altos (THULUVATH, THULUVATH e SAVVA, 2018).

Yildiz Çeltek e colaboradores (2019) relataram a importância de se ter escalas de fácil aplicação e uso prático em pessoas em cuidados paliativos. Além disso, mostraram uma correlação entre o KPS e a escala de Katz que avalia atividades de vida diária e também com a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária, pois à medida que as pontuações KPS

dos participantes diminuía, a taxa de realização de atividades da vida diária e de atividades instrumentais de vida diária com ou sem ajuda também diminuía.

Com relação ao cortisol salivar, Rosch (2009) sugeriu que o sistema fisiológico sensível às terapias baseadas em energia é o SNA porque esse sistema está envolvido na resposta fisiológica ao estresse. No entanto, um estudo conduzido por Wardell e Engebretson (2001) envolvendo o exame de cortisol salivar com 23 participantes saudáveis a uma experiência de 30 minutos de Reiki, não foi estatisticamente significativo. Outro estudo (BOWDEN, GODDARD e GRUZELIER, 2010) feito em 35 estudantes de psicologia saudáveis, verificou que, embora o grupo Reiki tenha uma tendência à redução comparativa quase significativa dos sintomas de estresse, um aumento substancial foi observado no grupo que não recebeu Reiki, sugerindo que o Reiki amorteceu o aumento substancial do estresse no decorrer do ano acadêmico quando comparado ao grupo sem Reiki. Díaz-Rodrigues et al. (2011) avaliaram 21 profissionais de saúde com Síndrome de Burnout e também mostrou que não houve alteração nos níveis de cortisol salivar (DÍAZ-RODRIGUEZ et al., 2011).

Os resultados do estudo atual são semelhantes aos relatados anteriormente em estudos envolvendo procedimentos práticos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes com relação ao nível de cortisol salivar. No entanto, os níveis de concentração de cortisol mostraram tendência a diminuir após a sessão de Reiki.

Todos os estudos identificados têm baixo número de participantes, variando entre 10 a 33 participantes, com formas variadas de coleta da saliva para a avaliação do cortisol. Os achados na literatura sugerem alterações bioquímicas e fisiológicas na direção do relaxamento, porém há limitações metodológicas – é preciso padronizar um teste e fazer um estudo mais robusto para verificar essa variável, para colaborar com a compreensão teórica dos mecanismos de efeito da técnica que não está bem desenvolvida ainda, medindo e verificando os resultados e marcos biológicos (DEMIR et al., 2015; DÍAZ-RODRIGUEZ et al., 2011; LAIDLAW, 2006; WARDELL e ENGBRETSON, 2001; WOODS e DIMOND, 2002).

Em relação à pressão arterial (PA) e frequência cardíaca (FC), Díaz-Rodrigues e colaboradores (2011), Mackay, Hansen e McFarlane, (2004) investigaram os efeitos do Reiki no SNA e encontraram diminuições significativas na frequência cardíaca após a aplicação de Reiki quando comparado ao grupo placebo ou que não receberam Reiki. Esses mesmos autores comprovaram que Reiki diminuiu os valores da pressão arterial diastólica após receberem o Reiki, dando resultados estatisticamente significativos. Outros autores colaboram

com esses achados (DÍAZ-RODRIGUEZ et al., 2011; BALDWIN, WAGERS e SCHWARTZ, 2008; MACKLEY, HANSEN e MCFARLENE, 2004; WARDELL e ENGBRETSON, 2001).

Segundo Olson e Hanson (2003), apesar de observarem diferença estatisticamente significativa na FC e na pressão arterial diastólica, o fato da amostra ser pequena pode ter interferido nos demais resultados, como a PA sistólica e outros parâmetros analisados no estudo. No estudo atual, apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas na PA e FC, foi possível observar que houve uma redução nos valores desses parâmetros no grupo reiki quando comparados ao tratamento convencional.

Os resultados deste estudo são consistentes com pequenos ensaios clínicos em que reiki foi associado a melhorias no bem-estar e no alívio da dor. Em um estudo com pessoas com câncer, o Reiki melhorou as classificações de dor do câncer quando comparado a outras PICs como massagem e a ioga (ROSENBAUM e VAN DE VELDE, 2016). Metade dos participantes do estudo de Whelan e Wishnia (2003) tiveram redução da dor durante uma sessão de terapia de Reiki. Esse achado também foi observado na revisão da literatura de Olson e Hanson, (2003).

Chirico et al (2017) apontam que o Reiki foi recentemente incluído entre as intervenções terapêuticas complementares eficazes para pessoas com câncer, pois é associada ao relaxamento e redução da dor. É uma modalidade eficaz para reduzir a dor, a depressão e a ansiedade, sendo que esses resultados tendem a persistir por longos períodos de tempo (DRESSEN e SINGG, 1998). Mesmo que o estudo atual não tenha evidenciado alteração na percepção da dor, vários estudos apontaram a eficácia do Reiki na dor em pacientes com câncer e outras doenças crônicas (CHIRICO et al., 2017; DRESSEN e SINGG, 1998; NOTTE et al., 2016; ROSENBAUM e VAN DE VELDE, 2016; WHELAN e WISHNIA, 2003).

A melhora na ansiedade e depressão também foi um achado importante em diversos trabalhos realizados sobre o Reiki em diferentes contextos, mas nenhum deles foi feito em cuidados paliativos (CHIRICO et al., 2017; DRESSEN e SINGG, 1998; ERDOGAN e CINAR, 2016; BEARD et al., 2011; CLARK, CORTESE-JIMENEZ e COHEN, 2012; KUREBAYASHI et al., 2016; ORSAK et al., 2015). No estudo atual não foi observada diferença estatisticamente significativa em relação a esses sintomas, mas isto também pode estar relacionado ao fato de ainda ser um estudo pequeno (projeto-piloto).

Billot et al. (2019) indicam que a terapia Reiki é útil para aliviar a dor, diminuir a ansiedade, depressão e melhorar a qualidade de vida de pacientes em cuidados paliativos oncológicos, corroborando com os achados de Birocco et al. (2012) que verificaram que as sessões de 30 minutos de Reiki foram considerados úteis para melhorar o bem-estar, relaxamento, alívio da dor, qualidade do sono e redução da ansiedade de pessoas com câncer. Demir et al. (2015) apontam que uma sessão de 30 minutos de Reiki a distância melhora a ansiedade de pessoas em cuidados oncológicos, corroborando com os achados de Chirico et al. (2017) que também relatam a redução da ansiedade e depressão após 60 minutos de aplicação do Reiki.

Vários autores que estudaram dor, ansiedade, fadiga e náusea de pessoas com câncer em diferentes contextos, como por exemplo antes e após a infusão da quimioterapia, mostraram que o Reiki leva a melhora desses sintomas, além de melhorar de qualidade de vida e bem-estar e conforto (ALARCÃO et al., 2016; DEMIR et al., 2015; BEARD et al., 2011; CATLIN e TAYLOR, 2011; FLEISHER et al., 2014; TSANG, CARLSON e OLSON, 2007).

Em um estudo com 118 participantes oncológicos em qualquer estágio recebendo qualquer tipo de quimioterapia, Birocco et al. (2012) observaram que o Reiki melhorou o bem-estar, relaxamento, alívio da dor, qualidade do sono e reduziu a ansiedade das pessoas que receberam o tratamento; relataram que oferecer a terapia de Reiki em hospitais pode atender às necessidades físicas e emocionais dos participantes. Em pacientes com câncer avançado,

O estudo randomizado controlado de Olson e Hanson (2003) mostrou que o tratamento com opioides mais a aplicação do reiki diminuiu significativamente a dor (-27% , $p = 0,035$) após a primeira sessão de Reiki em comparação com opioides com repouso (grupo controle sem reiki). A diminuição da dor também foi observada para o grupo opioide mais Reiki no dia 4 (-38% , $p = 0,002$), sem quaisquer alterações no grupo controle; mesmo com uma amostra pequena ($n = 13$ para grupo controle e $n = 11$ para grupo de Reiki), os autores apoiaram a hipótese de que o Reiki, quando usado em conjunto com a terapia de opioide padrão, pode contribuir para aliviar a dor e melhorar a qualidade de vida dos participantes.

Distúrbios do sono podem ocasionar alterações do ritmo circadiano e levar a uma resposta ao estresse com liberação de cortisol, aumento da taxa de ansiedade e depressão, alteração de humor, funcionamento diurno prejudicado, risco aumentado de quedas, bem como problemas de concentração e memória, que por sua vez podem acarretar uma alteração e progressão do câncer (BAGLIONI et al. 2016; LOH, 2016; OWENS et al, 2016).

Em um estudo (GROV, FOSSÅ e DAHL, 2011) com pacientes idosos com câncer e insônia apontou uma taxa de 15% maior de doenças musculoesqueléticas e sintomas gastrointestinais. Eles também relataram o uso regular de medicamentos para dormir, problemas com a realização de atividades da vida diária, incluindo higiene pessoal, vestir e comer e níveis mais elevados de ansiedade e depressão. Essas consequências adversas da insônia podem criar desafios na adesão ao tratamento do câncer, com uma taxa mais elevada de eventos adversos relacionados às interações medicamentosas e aumento da mortalidade (LOH, 2016).

No estudo atual obteve-se o resultado da melhora do sono ($p = 0,007$) em pessoas que receberam reiki quando comparado com o tratamento convencional. Esse achado mostra que a aplicação de Reiki pode melhorar a qualidade do sono de pessoas em cuidados paliativos. Um estudo piloto (SANTOS et al., 2018) sobre intervenções não farmacológicas no sono relatou também a melhora na qualidade do sono e a importância de terem estudos com baixo custo e não invasivos em contextos hospitalares, corroborando os nossos achados (ALARCÃO et al., 2016; LOUISON et al., 2019; KIRSHBAUM, STEAD e BARTYS, 2016).

Apesar da natureza energética do reiki, como mostrado nesse estudo, há resultados de estudos mais sólidos (CHIRICO et al., 2017; DÍAZ-RODRIGUES et al., 2011; OLSON e HANSON, 2003) que apoiam a capacidade do Reiki em reduzir a ansiedade e a dor e sugerem sua utilidade para melhorar outros sintomas como sono, fadiga, náusea, e os sintomas depressivos, fortalecendo o bem-estar geral. Alguns efeitos do Reiki podem ser mensurados, como os sintomas que foram analisados neste estudo, além da FC e PA.

Mesmo tendo sido observada diferença estatística significativa nos resultados do estudo atual somente em relação ao sono, outros estudos da literatura citados acima indicaram que o Reiki pode diminuir os sintomas avaliados pelo ESAS-BR, como a dor, náusea, ansiedade e a fadiga em pacientes oncológicos. No geral, esses estudos apoiam a teoria de que a terapia de Reiki é útil para pacientes no final de suas vidas.

Este estudo tinha como principal objetivo realizar um estudo piloto para verificar a metodologia a ser aplicada para avaliação ampliada e mais consistente dos efeitos do Reiki no alívio dos sintomas de pessoas com câncer avançado. Contudo, foi preciso modificar a metodologia no decorrer do estudo para que fosse possível estruturar um atendimento que fosse adequado para a população alvo do estudo – pessoas em cuidados paliativos - e o contexto hospitalar em que eles se encontravam. O motivo das modificações foi evitar incorrer nos mesmos erros de pesquisa que não geram boas evidências científicas, como ter

um estudo que não pudesse ser replicado. A proposta é de um estudo clínico randomizado e controlado, que possa ser realizado em hospital público e sem sobrecarregar ainda mais os participantes, visto que estes já passam por uma rotina muito estressante, evitando os horários de maior atividade nas enfermarias e o horário de visita dos pacientes.

Há também os desafios em determinar o tempo de aplicação da técnica em relação às particularidades de cada pessoa e ao contexto em que se encontra. Assim, outra modificação feita foi o tempo de aplicação do reiki, pois a internação da maioria dos pacientes para a quimioterapia, durava cerca de 3 dias. Em função disso, o protocolo da pesquisa passou de 4 para 2 dias de aplicação de Reiki. Como a terapia Reiki pode ser aplicada em qualquer lugar, não há necessidade de modificações ambientais, permitindo sua realização no próprio leito hospitalar, diminuindo o impacto na rotina do participante e da equipe hospitalar.

Com base nos resultados apresentados, consideramos que o reiki pode ser recomendado como um tratamento ou prática que possibilita a melhora da saúde integral de pessoas adoecidas, de forma segura e de baixo custo. A aplicação das PICs vem se ampliando nos serviços de saúde. O Reiki tem sido cada vez mais oferecido como parte de programas de bem-estar nos serviços de saúde e no SUS, para atender não só as pessoas adoecidas, mas também familiares, cuidadores e para a própria equipe de saúde.

Porém, há necessidade de que haja profissionais para a oferta desse tipo de assistência, que não seja um atendimento apenas oferecido pelo voluntariado, que pode não ter a formação adequada nem a devida adesão ao trabalho em saúde. Além disso, há necessidade de estudos metodologicamente controlados para que se comprove sua eficácia, com melhores evidências científicas. É um grande desafio delinear um ensaio clínico controlado e randomizado que possa considerar a individualidade, como prática centrada no cliente e cujos resultados possam ser considerados de alta qualidade.

A pesquisa em Reiki está apenas começando. Ainda há uma grande dificuldade de documentar efeitos no campo energético e espiritual dos participantes. As pesquisas qualitativas estão sendo de grande ajuda para corrigir esse viés. Porém não se pode dizer que pelo fato de ainda não haver uma maneira de medir a mudança energética, que não é uma técnica que tem efeitos. Devido ao crescente número de evidências na área, na Assembleia Mundial de Saúde de 2019, a OMS adotou a décima primeira revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) que entrará em vigor em 2022. O novo CID inclui a medicina tradicional chinesa no seu sistema

(CORTELLINI, CARUSO e ROMANO, 2017; DESBOROUGH e KEELING, 2017; LAM, LYU e BIAN, 2019; SANTOS e CUNHA, 2019).

Por fim, a fundamentação teórica e os resultados alcançados demonstraram a relevância clínica, científica e social desse estudo, Reiki é um tratamento auxiliar para a melhora dos sintomas das pessoas em cuidados oncológicos internados em um hospital de alta complexidade e tem sido cada vez mais aplicado, principalmente na Atenção Básica em Saúde, como demonstram os dados do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018; BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b).

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A dificuldade de fazer um bom controle das variáveis e as intercorrências no tratamento e na coleta de dados configuram algumas das limitações do estudo; no intervalo de tempo entre as aplicações de reiki, os participantes continuam a receber outros atendimentos que podem alterar bastante os resultados, principalmente em aspectos emocionais.

Um estudo com pessoas em cuidados paliativos deve considerar que elas podem estar bastante fragilizadas física e emocionalmente. Assim, há que se considerar a necessidade de modificações metodológicas que não sobrecarreguem mais os participantes, particularmente quanto ao tempo e a quantidade de perguntas feitas na coleta de dados, pois esse foi um fator de recusa e descontinuidade da participação de alguns pessoas na pesquisa atual.

Outra limitação foi o tempo de internação. Mesmo tendo feito uma vasta pesquisa e análise do tempo médio de internações no serviço hospitalar onde a coleta de dados seria realizada, foi necessário reduzir o tempo de coleta de dados - dos 4 dias previstos inicialmente, para 2 dias consecutivos, pois a maioria das pessoas com câncer estava fazendo quimioterapia e o tempo de duração era cerca de 3 dias de internação.

No estudo atual, foi possível fazer a randomização, mas não foi possível realizar um estudo cego ou duplo cego, pois era a pesquisadora era quem aplicava o Reiki e os participantes não poderiam receber um placebo devido questões éticas. Outra dificuldade está relacionada a isolar o efeito do reiki, pois a pessoa está recebendo outras formas de tratamento e cuidados oncológicos.

Muitas pessoas relacionam as PICs, em especial o reiki, como uma prática religiosa. Porém, o reiki não tem vinculação com qualquer religião, tornando o financiamento do projeto para análises biológicas ou estruturais um impedimento para uma pesquisa mais consistente e bem desenhada. Apesar de muitas vezes o custo não ser elevado, a descrença faz com que realizar pesquisa neste cenário se torne quase impossível, pois trata-se de uma temática de pesquisa que ultrapassa os temas que costumam ser priorizados pelas agências financiadoras de pesquisa no Brasil.

Apesar das muitas dificuldades metodológicas os resultados preliminares deste estudo mostraram efeitos positivos da terapia Reiki para pessoas em cuidados paliativos oncológicos. Essa discussão deve encorajar as equipes que trabalham em cuidados paliativos a realizar mais estudos para determinar os benefícios da terapia Reiki nos sintomas de pessoas em cuidados paliativos.

CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Esse estudo teve como objetivo central dar subsídios para estudos futuros nessa área de pesquisa, verificando uma metodologia que poderá ser aplicada em contexto hospitalar, com pessoas com câncer avançado, tendo a discussão pautada em termos das modificações e sugestões para delineamento de estudos baseados na experiência desta investigação.

Além disso, esse estudo mostrou a viabilidade da aplicação da terapia Reiki em pessoas em cuidados oncológicos internados em hospital de alta complexidade. É uma terapia de baixo custo, de curto tempo de aplicabilidade e que tem potencial para melhorar os sintomas das pessoas internadas, principalmente o sono. A aplicação de Reiki melhorou o sono dos participantes quando comparado ao grupo controle desse estudo. Nos demais sintomas não houve diferença estatisticamente significativa, porém um estudo com um número maior de participantes se faz necessário, com a aplicação da metodologia estabelecida.

Por se tratar de um estudo piloto, pretendemos dar continuidade à pesquisa com um número mais expressivo de participantes, para que este estudo ajude outros pesquisadores a identificar os principais desafios na pesquisa com Reiki, para que os resultados sejam mais robustos e contribuam para o cuidado de pessoas em cuidados paliativos oncológicos.

REFERÊNCIAS¹

ABUELGASIM, et al. The use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: a cross sectional survey in Saudi Arabia. **BMC Complementary and Alternative Medicine**. 18:88. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12906-018-2150-8>. Acesso em: 10 nov. 2020.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 320 p. 2009.

_____. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. Ampliado e atualizado. Ago. 2ª ed. 2012. 592 p.

_____. **Panorama dos Cuidados Paliativos no Brasil**. Out. 2018. Disponível em: <https://paliativo.org.br/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-dos-Cuidados-Paliativos-no-Brasil-2018.pdf>. Acesso em: 02 out. 2020

ALARCÃO, Z. et al. Reiki's effect on patients with total knee arthroplasty: A pilot study. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**. 15(2):17–23. 2016.

ALEXANDER, K.; GOLDBERG, J.; KORC-GRODZICKI, B. **Palliative care and symptom management in older cancer patients**. Clin Geriatr Med., v. 32, n. 1, p. 45–62, 2016.

ALMEIDA, C. et al. **Saliva cortisol levels and depression in individuals with temporomandibular disorder**: preliminary study. Rev Dor. São Paulo. jul-set; 15(3): 169-72, 2014.

AMADO, D. et al. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde 10 anos: avanços e perspectivas. **Journal of Management & Primary Health Care**. v. 8, n. 2, 2017. ISSN 2179-6750.

ARIAS-ROJAS, M., CARREÑO-MORENO, S., POSADA-LÓPEZ, C. Uncertainty in illness in family caregivers of palliative care patients and associated factors. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 27:e3200. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3185.3200>. Acesso em: 15 set. 2020

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 268 p.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE REIKI. **Praticar Reiki**. 2013.

AZEVEDO, C. et al. Perspectivas para os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: estudo descritivo. Online. **Brazilian Journal of Nursing**. 15(4):683, 2016.

¹Este trabalho foi realizado segundo normas: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema integrado de Bibliotecas. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP**: parte I (ABNT). 4. ed. São Paulo: SIBI USP, 2020. 76 p.

BAGLIONI, C. et al. Sleep and mental disorders: a meta-analysis of polysomnographic research. **Psychol Bull.** 142(9): 969–990. Set. 2016. Disponível em: doi:10.1037/bul0000053 Acesso em: 15 nov. 2020.

BALDUCCI L.; AAPRO, M. Epidemiology of cancer and aging. **The Journal of oncology management**: the official journal of the American College of Oncology Administrators. 14(2):47-50. 2005. Disponível em: doi: 10.1007/0-387-23962-6_1. Acesso em: 15 nov. 2020

BALDWIN, A.L.; WAGERS, C.; SCHWARTZ, G.E. Reiki improves heart rate homeostasis in laboratory rats. **Journal of Alternative and Complementary Medicine.** 14(4):417–22. 2008.

BATISTA et al. Acute and Chronic Effects of Tantric Yoga Practice on Distress Index. **Journal of Alternative and Complementary Medicine.** 21(11):681–5, 2015.

BEARD, C. et al. Effects of complementary therapies on clinical outcomes in patients being treated with radiation therapy for prostate cancer. **Cancer**, v. 117, n. 1, p. 96–102, 2011.

BILLOT, M., et al., Reiki therapy for pain, anxiety and quality of life. **BMJ Supportive & Palliative Care.** 9:434–438. 2019. Disponível em: doi:10.1136/bmjspcare-2019-001775. Acesso em: 23 out. 2020.

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 and Palliative Medicine**, v. 29, n. 4, p. 290–294, 2012.

BOON, S. H.; OLATUND, F.; ZICK, S. M. Trends in complementary/alternative medicine use by breast cancer survivors: Comparing survey data from 1998 and 2005. **BMC Women's Health.** 2007.

BOTEGA, N. J. et al. Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. **Revista de saúde pública.** 29(5):355–63, 1995.

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

BRASIL. **Cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 18 ago. 2020a.

_____. **Sistema de informação em saúde para a atenção básica.** Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 ago. 2020b.

BROWN, B. **A coragem de ser imperfeito.** Editora Sextante: Rio de Janeiro. 2013.

CATLIN, A.; TAYLOR-FORD, R. L. Investigation of Standard Care Versus Sham Reiki Placebo Versus Actual Reiki Therapy to Enhance Comfort and Well-Being in a Chemotherapy Infusion Center. **Oncology Nursing Forum**, v. 38, n. 3, p. E212–E220, 2011.

CHIRICO, A. et al. Self-Efficacy for Coping with Cancer Enhances the Effect of Reiki Treatments During the Pre-Surgery Phase of Breast Cancer Patients. **Anticancer Research** 37(7):3657–65. 2017.

CLARK, P.G.; CORTESE-JIMENEZ, G.; COHEN, E. Effects of Reiki, Yoga, or Meditation on the Physical and Psychological Symptoms of Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: A Randomized Pilot Study. **Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine**. Oct;17(3):161–71. 2012

COAKLEY, A. B.; BARRON, A-M.; ANNESE, C. D. Exploring the Experience and Impact of Therapeutic Touch Treatments for Nurse Colleagues. **The Journal of Rogerian Nursing Science**, v. 22, n. February, p. 31–48, 2016.

COHEN, J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences, Second Edition. 1988.

CONSORTIUM OF ACADEMIC HEALTH CENTERS FOR INTEGRATIVE MEDICINE. **Definition of integrative medicine and health**. 2020. Disponível em: <https://imconsortium.org/about/introduction/> Acesso em: 10 nov. 2020

CORRÊA, S. R. et al. Identifying patients for palliative care in primary care in Brazil: Project Estar ao Seu Lado's experience. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 2(39):1-8. 2017. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1507](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1507). Acesso em: 4 abr. 2020.

CORTELLINI, G.; CARUSO, C.; ROMANO, A. Aspirin challenge and desensitization: How, when and why. **Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology**. 17(4):247–54. 2017.

DEMIR, M. et al. Effects of Distant Reiki On Pain, Anxiety and Fatigue in Oncology Patients in Turkey: A Pilot Study. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: Apjcp**, v. 16, p. 4859–4862, 2015.

DEMIR, M.; CAN, G.; CELEK, E. Effect of Reiki on Symptom Management in Oncology. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 14, n. 8, p. 4931–4933, 2013.

DESBOROUGH, M. J. R.; KEELING, D. M. The aspirin story – from willow to wonder drug. **British Journal of Haematology**. 177(5):674–83. 2017.

DÍAZ-RODRÍGUEZ, L. et al. Immediate effects of reiki on heart rate variability, cortisol levels, and body temperature in health care professionals with burnout. **Biological Research for Nursing**, v. 13, n. 4, p. 376–382, 2011.

DRESSEN, L. J.; SINGG, S. Effects of Reiki on Pain and Selected Affective. **Subtle Energies and Energy Medicine**. 9(I):51–82. 1998.

ELIAS, M. C.; ALVES, E. Medicina não-convencional: prevalência em pacientes oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 48(4): 523-532. 2002

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

FARBICKA, P.; NOWICKI, A. Palliative care in patients with lung cancer. **Współczesna Onkologia**, v. 3, n. 3, p. 238–245, 2013.

FAUL, F., ERDFELDER, E., BUCHNER, A., & LANG, A.-G. Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. **Behavior Research Methods**. 41, 1149-1160, 2009.

FLEISHER, K. A. et al. Integrative Reiki for cancer patients: A program evaluation. **Integrative Cancer Therapies**, v. 13, n. 1, p. 62–67, 2014.

FREITAG, V.L.; ANDRADE, A.B.; ROSSATO, M. O Reiki como forma terapêutica no cuidado à saúde: uma revisão narrativa da literatura. **Enfermería Global**. Nº 38, pp. 346-356, 2015.

FULTON, J. J. et al. Psychotherapy targeting depression and anxiety for use in palliative care: a meta-analysis. **Journal of Palliative Medicine**. 2018. DOI: 10.1089/jpm.2017.0576

GERBER, L. H. Cancer-Related Fatigue. **Phys Med Rehabil Clin N Am**. 28. pp.65–88, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmr.2016.08.004>. Acesso em: 20 out. 2020.

GOMES, A. L. Z.; OTHERO, M. B. Cuidados paliativos. **Estudos Avançados**, v. 30, n. 88, 2016.

GROV, E. K.; FOSSÅ, S. D.; DAHL, A. A. Insomnia in elderly cancer survivors—a population-based controlled study of associations with lifestyle, morbidity, and psychosocial factors. Results from the Health Survey of North-Trøndelag County (HUNT-2). Insomnia in elderly cancer survivors. **Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer**. 19(9):1319–1326. Set. 2011.

HANSEN, B. et al. Use of complementary and alternative medicine in the scandinavian countries. **Journal of Primary Health Care**. 23:1, 57-62. 2005. Disponível em: doi: 10.1080/02813430510018419. Acesso em: 15 nov. 2020.

HENNEGHAN A.M., SCHNYER R.N. Biofield Therapies for Symptom Management in Palliative and End-of-Life Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 32(1), pp. 90-100, jun. 2013. Seção 1 p. 59, 2015.

HIRAYAMA, F. O. **Modelo de negócios de uma organização de medicina integrativa**. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2016.

HORNEBER, M. et al. How Many Cancer Patients Use Complementary and Alternative Medicine: A Systematic Review and Metaanalysis. **Integrative Cancer Therapies**. 11(3) 187–203. 2012

INNO, A. et al. The evolving landscape of criteria for evaluating tumor response in the era of cancer immunotherapy: From Karnofsky to iRECIST. **Tumori Journal**. 2018

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE. **Global Consensus based palliative care definition**. Houston, TX. 2018. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>. Acesso em: 18 ago. 2019.

JONES, E. et al. Exploring the Use of Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients. **Integrative Cancer Therapies**. vol. 18: 1–9. 2019

JOOS, S.; MUSSELMANN, B.; SZECSENYI, J. Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**. 2011. Disponível em: doi:10.1093/ecam/nep01. Acesso em: 15 nov. 2020.

JUDSON et al. A prospective, randomized trial of integrative medicine for women with ovarian cancer. **Gynecol Oncol**. Nov. ; 123(2): 346–350, 2011.

KANASI, E.; AYILAVARAPU, S.; JONES, J. The aging population: demographics and the biology of aging. **Periodontol** 2000. Oct;72(1):13-8. 2016. doi: 10.1111/prd.12126.

KIRSHBAUM, J.M.N.; STEAD, M.; BARTYS, S. An exploratory study of reiki experiences in women who have cancer. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 22, n. 4, p. 166–172, 2016.

KOO, M. M. et al. Presenting symptoms of cancer and stage at diagnosis: evidence from a cross-sectional, population-based study. **Lancet Oncol**. 21: 73–79. 2020

KUBA, G.; VATTIMO, M. F. F. O uso de fitoterápicos orientais nas lesões renais: revisão integrativa. **Rev. Bras. PL Med.**, Campinas, v. 17, n. 4. 2015

KUREBAYASHI, L. F. S. et al., Massage and Reiki used to reduce stress and anxiety: Randomized Clinical Trial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 24:e2834. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1614.2834>. Acesso em: 15 set. 2020

LAIDLAW, T.M. The Influence of 10 min of the Johrei healing method on laboratory stress. **Complementary Therapies in Medicine**. 14(2):127–32. 2006.

LAM, W. C.; LYU, A., BIAN, Z. ICD-11: Impact on Traditional Chinese Medicine and World Healthcare Systems. **Pharmaceutical Medicine**. 33(5):373–7. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40290-019-00295-y>. Acesso em: 15 set. 2020

LOH, K. P. et al. How do I best manage insomnia and other sleep disorders in older adults with cancer? **J Geriatr Oncol**. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgo.2016.05.003>. Acesso em: 15 nov. 2020

LOUISON, R et al. Effects of a holistic, patient-centered approach on breast cancer relative dose intensity. **Advances in Integrative Medicine**. 6(2):78–86. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aimed.2018.06.005>. Acesso em: 14 set. 2020

MACKAY, N.; HANSEN, S.; MCFARLANE, O. Autonomic nervous system changes during Reiki treatment: A preliminary study. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**. 10(6):1077–81. 2004.

MANFREDINI, L.L. **Tradução e Validação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) em Pessoas com Câncer Avançado**. 2014. 168 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos, 2014.

MATTIUZZI, C.; LIPPI, G. Current Cancer Epidemiology. *Journal of Epidemiology and Global Health* Vol. 9(4); December (2019), pp. 217–222. DOI: <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191008.001>; ISSN 2210-6006; eISSN 2210-6014

MEIRELES, C. **Janela Mágica**. 3ª edição. Editora Moderna, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. **Portaria GM nº 971, de 03 de maio de 2006**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em: 26 set. 2017.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria GM nº 849, de 27 de março de 2017**. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0849_28_03_2017.html. Acesso em: 27 set. 2017

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 2012**. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017

_____. **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2018. 180 p.

_____. **Práticas integrativas e complementares (PICS):** quais são e para que servem. Ministério da Saúde. Brasília, 2019. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>. Acesso em: 01 out. 2020

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MITCHELL, A. J. et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. **Lancet Oncol**. 12: 160–74. 2011.

MOCHAMAT, H. C. et al. A systematic review on the role of vitamins, minerals, proteins, and other supplements for the treatment of cachexia in cancer: a European Palliative Care Research Centre cachexia project. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**. 2017; 8: 25–39

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND INTEGRATIVE HEALTH. National Institutes of Health. **Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name?** Washington, DC, 2020. Disponível em: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>. Acesso em: 06 ago. 2020

NILSSON, J. et al. The Use of Complementary and Alternative Medicine in Scandinavia. **Anticancer Research**. 36: 3243-3252. 2016.

NOTTE, B. B. et al. Reiki's effect on patients with total knee arthroplasty: A pilot study. **Nursing**. vol. 46, n. 2. 2016.

OLSON, K. R. N. et al. A Phase II Trial of Reiki for the Management of Pain in Advanced Cancer Patients. **Journal of Pain and Symptom Management** Vol. 26 No. 5. Nov., 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Palliative Care**. (Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes; module 5). Geneva: World Health Organization. 2007. 51 p. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018

_____. **WHO traditional medicine strategy: 2014-2023**. Geneva: World Health Organization. 2013. 78 p. Disponível em: https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/. Acesso em: 10 out. 2020

_____. **Projections of mortality and causes of death, 2016 to 2060**. Geneva: World Health Organization. 2016. Disponível em: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/. Acesso em: 08 out. 2020

_____. **Traditional and complementary medicine in primary health care**. Geneva: World Health Organization. 2018. 16 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326299>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Acesso em: 08 out. 2020

_____. **WHO global report on traditional and complementary medicine**. Geneva: World Health Organization, 2019. 228 p. Disponível em: <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/WhoGlobalReportOnTraditionalAndComplementaryMedicine2019.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020

_____. **Palliative Care**. Key facts. Geneva: World Health Organization. 2020. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Acesso em: 20 ago. 2020

ORSAK, G. et al. The effects of reiki therapy and companionship on quality of life, mood, and symptom distress during chemotherapy. **Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 20, n. 1, p. 20–27, 2015.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A. Medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 16, n. 3, p. 1801-11, 2011.

OWENS, R. L. et al, Sleep and Breathing . . . and Cancer? **Cancer Prevention Research**. Set., 2016. DOI: 10.1158/1940-6207.CAPR-16-0092

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. Novas perspectivas em cuidados paliativos : ética , geriatria , gerontologia , comunicação e espiritualidade. **O mundo da Saúde**, v. 29, n. 4, p. 491–509, 2005.

PETTER, F.A. **Isto é Reiki**. São Paulo: Pensamento; 2013. 280 p.

PITMAN, A. et al. Depression and anxiety in patients with cancer. **BMJ**. 2018. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>.

POSADZK, P. et al. Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys. **Clinical Medicine**. Vol 13, No 2: 126–31. 2013.

R CORE TEAM. R. A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, 2018.

RABOW, M. W.; PETZEL, M. Q. B.; ADKINS, S. H. Symptom Management and Palliative Care in Pancreatic Cancer. **The Cancer Journal**, v. 23, n. 6, p. 362–373, 2017.

REZENDE, V.L. et al. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 27(12): 737-43, 2005.

RHA, S. Y.; NAM, J. M.; LEE, J. Development and evaluation of the Cancer Symptom Management System: Symptom Management Improves your Life (SMILE) - a randomized controlled trial. **Supportive Care in Cancer**. 2019

RIEBEN, U. Manual completo de Reiki. Sistema Usui. Barcelona, Spain: Ediciones Obelisco, 3rd ed . 2006.

RONSEIN, G.E. et al. Influência do estresse nos níveis sanguíneos de lipídios, ácido ascórbico, zinco e outros parâmetros bioquímicos. *Acta Bioquím Clín Latinoam*. 38 (1): 39-46, 2004.

ROSCH, P. J. Bioelectromagnetic and subtle energy medicine: The interface between mind and matter. **Annals of the New York Academy of Sciences**, 1172, 297-311. 2009

ROSENBAUM, M. S.; VAN DE VELDE, J. The effects of yoga, massage, and reiki on patient well-being at a cancer resource center. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, v. 20, n. 3, p. E77–E81, 2016.

SADEGHI, M. et al. Cancer cachexia: Diagnosis, assessment, and treatment. **Critical Reviews in Oncology / Hematology**. 127. 91–104. 2018.

SANTOS, M. A. et al. Non-pharmacological interventions for sleep and quality of life: a randomized pilot study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 26:e3079, 2018.

SANTOS, A. C.; CUNHA, E. S. **Os caminhos das práticas integrativas e complementares na atenção básica**: uma revisão integrativa. *Revista Destaques Acadêmicos. Lajeado*, v. 11, n. 3, 2019. ISSN 2176-3070. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v11i3a2019.2260>.

Saydah, S. H.; Eberhardt, M. S. Use of complementary and alternative medicine among adults with chronic diseases: United States 2002. **J Altern Complement Med**. Oct;12(8):805-12. 2006. doi: 10.1089/acm.2006.12.805.

SENDEROVICH, H. et al. Therapeutic Touch® in a geriatric Palliative Care Unit - A retrospective review. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 24, p. 134–138, 2016.

SOUSA. I. M. C. et al. **Práticas integrativas e complementares**: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Caderno de Saúde Pública Rio de Janeiro*, 28(11): 2143-2154, nov., 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001100014>. Acesso em: 02 out. 2020

SUTHERLAND, A. et al. Olanzapine for the prevention and treatment of cancer-related nausea and vomiting in adults (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Issue 9. Art. No.: CD012555. 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD012555.pub2.

TEIXEIRA, F.N.B. Reiki: religião ou prática terapêutica? *Revista Horizonte*. Belo Horizonte, v. 7(15): 142-156, 2009.

TELES JUNIOR, E. **Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS**. Estudos Avançados [online], vol.30, n.86. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000100099&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 out. 2020

TEO, I. et al. A feasible and acceptable multicultural psychosocial intervention targeting symptom management in the context of advanced breast cancer. **Psychooncology**. Feb; 29(2): 389-397. 2020. doi: 10.1002/pon.5275.

TEUNISSEN, S. C. C. M. et al. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. **Journal of Pain and Symptom Management**. Vol. 34 No. 1 jul. 2007

THIAGO, S. C. S.; TESSER, C. D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 249-257, Apr. 2011.

THULUVATH, P. J.; THULUVATH, A. J.; SAVVA, Y. Karnofsky performance status before and after liver transplantation predicts graft and patient survival. **Journal of Hepatology**. 2018. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.05.025>

TSANG, K. L.; CARLSON, L.E.; OLSON, K. Pilot crossover trial of Reiki versus rest for treating cancer-related fatigue. **Integrative Cancer Therapies**. 6(1):25–35. 2007.

VAINIO, A.; AUVINEN, A. Prevalence of symptoms among patients with advanced cancer: an international collaborative study. Symptom Prevalence Group. **J Pain Symptom Manage**. 12:3e10. 1996.

VANDERLEI, L. C. M. et al. Noções básicas de variabilidade da frequência cardíaca e sua aplicabilidade clínica. **ev Bras Cir Cardiovasc**, v. 24, n. 2, p. 205–217, 2009.

VANDERVAART, S. et al. Systematic Review of the Therapeutic Effects of Reiki Downloaded. **The journal of alternative and complementary medicine**. v. 15, n. 11, p. 1157–1169, 2009.

VELLOSO, A. F. Medicinas alternativas e holísticas e a política nacional de práticas integrativas e complementares em saúde – desafios da atualidade. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Florianópolis. jun. 2012

VIGNAROLI, E. et al., The Edmonton Symptom Assessment System as a Screening Tool for Depression and Anxiety. **Journal of Palliative Medicine**, 9 (2): p. 296-303. 2006.

WARDELL, D.W.; ENGEBRETSON, J. Biological correlates of reiki touch (Service mark) healing. **Journal of Advanced Nursing**. 33(4):439–45. 2001.

WHELAN, K. M.; WISHNIA, G. S. Reiki Therapy: The Benefits to a Nurse/Reiki Practitioner. **Holistic Nursing Practice**. 17(4):209–17. 2003.

WITT, C. M.; CARDOSO, M. J. Complementary and integrative medicine for breast cancer patients e Evidence based practical recommendations. **The Breast**. 28. 37e44. 2016.

WODE, K. et al. Cancer patients' use of complementary and alternative medicine in Sweden: a cross sectional study. **BMC Complementary and Alternative Medicine**. 19:62. 2019.

WOODS, D.L.; DIMOND, M. The Effect of Therapeutic Touch on Agitated Behavior and Cortisol in Persons with Alzheimer's Disease. **Biological Research For Nursing**. 4(2):104–14. 2002.

YILDIZ ÇELTEK, N. et al. Karnofsky Performance Scale validity and reliability of Turkish palliative cancer patients. **Turkish Journal of Medical Sciences**. 49: 894-898. 2019

ZAVERY, B., et al. Complementary and alternative medicine use amongst oncology patients attending a large cancer centre in England. **Prog Palliat Care**.18:89–93. 2010.

ZENG, Y. S. et al. Complementary and Alternative Medicine in Hospice and Palliative Care: A Systematic Review. **Journal of Pain and Symptom Management**. 56(5):781-794.e4. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman>. Acesso em: 16 jul. 2020

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Obrigatório para as pesquisas Científicas em Seres Humanos – Resolução nº 466/12 - CNS)
Título da Pesquisa: “O Efeito do Reiki no Manejo dos Sintomas de Pessoas em Cuidados Paliativos Oncológicos”

Pesquisadora Responsável: Sabrina de Freitas Souza – sabrina.freitas.souza@usp.br

Orientadora: Profa. Dra. Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo

Telefone: (16) 3315-0747 (gabinete USP)

Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Av. Bandeirantes, 3900 – CEP: 14040-902

Promotor Da Pesquisa: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

ESCLARECIMENTOS AO SUJEITO DA PESQUISA

Meu nome é Sabrina de Freitas Souza, sou aluna de pós-graduação (mestrado) do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP – USP/RP).

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa que tem como título “O Efeito do Reiki no Manejo dos Sintomas de Pessoas em Cuidados Paliativos Oncológicos” e o objetivo é verificar os efeitos da técnica do Reiki no alívio dos sintomas de pessoas em cuidados paliativos oncológicos, internadas num hospital público, universitário.

Reiki é um tipo de Práticas Integrativas e Complementares (PICs), reconhecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É realizada por profissional treinado, por meio da imposição de mãos, com o objetivo de estimular o processo de cura, aliviar a dor e aumentar as taxas de recuperação, ajudando no manejo de stress e ansiedade, nos distúrbios do sono, dentre outros sintomas presentes em pacientes com câncer.

Se concordar em participar deste estudo, você responderá a uma ficha de identificação, alguns questionários de sintomas, será feita coleta da sua saliva para avaliação do cortisol salivar, pressão arterial, frequência cardíaca e aplicação de Reiki, com duração de aproximadamente 40 minutos.

O cortisol é um hormônio que está relacionado ao nível de estresse. A coleta é feita através da secreção de saliva coletada por um algodão que você mastigará por cerca de um minuto, para isso você não poderá comer, beber, escovar os dentes e fumar uma hora antes de coletar a saliva.

O Reiki será aplicado por aproximadamente 20 minutos em seu próprio leito. Você ficará deitado de barriga para cima. O tratamento consiste em o terapeuta reikiano colocar as mãos sobre várias partes do seu corpo, sobre a roupa e sem tocá-lo, por aproximadamente 3 min em cada local, incluindo áreas ao redor da cabeça, olhos, tórax e quadril.

Sua participação poderá contribuir para a melhor compreensão dos efeitos do Reiki em pacientes com câncer em cuidados paliativos. A participação na pesquisa não implicará em despesas financeiras para você, não sendo oferecido pelo pesquisador ressarcimentos de custos de qualquer natureza.

O pesquisador se responsabilizará pelo encaminhamento para o serviço de saúde de referência do participante da pesquisa caso seja identificada sua necessidade.

Esclarecemos também que:

1. Sua participação é voluntária. Portanto você é livre para desistir da pesquisa a qualquer momento ou se recusar a participar, sem que seja prejudicado (a) por isso.
2. As informações fornecidas nos questionários serão mantidas em sigilo e poderão ser utilizadas para fins didáticos e em eventos ou trabalhos científicos, garantindo o sigilo e sua

privacidade, pois os dados não serão expostos de forma que o (a) identifique. Sua identidade será sempre preservada;

3. Caso você aceite participar, será entregue um questionário de identificação para que você preencha ou eu poderei lê-lo para que você responda (o que achar mais conveniente).

4. Por se tratar de uma pesquisa que envolve questionários e a aplicação do Reiki, uma técnica que não irá ter procedimentos invasivos e que não usa qualquer tipo de remédios, será realizada na cama em que você está internado(a).

5. O projeto apresenta risco muito limitado, pode ocorrer um desconforto ao responder perguntas sobre sua condição de saúde física e emocional, não trazendo prejuízos à sua saúde. Porém você pode escolher não responder qualquer pergunta que o/a faça se sentir incomodado(a), interromper a pesquisa e retirar seu consentimento.

6. O Reiki poderá trazer benefícios como alívio dos sintomas, assim como maior conforto e qualidade de vida, sem custo e sem trazer prejuízos à sua saúde.

7. A coleta de dados – com a realização dos questionários, coleta do cortisol pela saliva, medida da pressão arterial, frequência cardíaca e oferecimento do Reiki (se for o caso) ocorrerá no local em que você está internado em 2 dias seguidos, com horários previamente combinados;

8. Para participar da pesquisa é necessário que você assine esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordar em seguir as recomendações para a coleta do cortisol salivar;

9. O sujeito de pesquisa tem direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de participação na pesquisa;

10. Os resultados obtidos pelo exame de cortisol salivar poderão ser disponibilizados para você, se assim o desejar e solicitar;

11. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não;

12. Caso aceite participar dessa pesquisa, garantimos que você tenha acesso aos resultados que obteremos ao final.

13. Caso você seja selecionado para o grupo que não receberá Reiki neste momento, ao final da pesquisa será oferecido à você este tratamento se for de seu desejo recebe-lo.

14. Garantimos que você receberá uma via deste termo, assinado e rubricado em todas as páginas por mim e por você.

15. Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa.

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

Nome do pesquisador	Assinatura do pesquisador	Data
---------------------	---------------------------	------

Tendo compreendido as informações oferecidas pela pesquisadora, concordo em participar.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____.

Nome do participante	Assinatura do participante	Data
----------------------	----------------------------	------

I. Dados De Identificação do Participante da Pesquisa

NOME:.....
 SEXO: ()M ()F DATA DE NASCIMENTO:...../...../.....
 ENDEREÇO:.....
 CIDADE:..... CEP:.....
 TELEFONE: (....)

II. Dados sobre a Pesquisa Científica

1. Título do protocolo de pesquisa: **“Os Efeitos do Reiki no Manejo de Sintomas de Pessoas em Cuidados Paliativos Oncológicos”**.

2. Pesquisadora: Sabrina de Freitas Souza

Informações de nomes e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa, para contato em caso de intercorrências clínicas e reações adversas.

1. Sabrina de Freitas Souza

Endereço Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP – Av. Bandeirantes, 3900 – CEP: 14040-902 – **tel.:** (16) 992685216. **e-mail:** sabrina.freitas.souza@usp.br

2. Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP)

Endereço EERP/USP – Avenida dos Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP – Brasil – CEP: 14040-902

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. **Tel.:** (16) 3315 9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

3. Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas Ribeirão Preto - Av.

Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Monte Alegre, Subsolo, Ribeirão Preto/SP, CEP: 14048-900, Brasil. **Tel.:** (16) 3602-2228 de segunda a sexta-feira das 08:00 às 17:00.

ANEXO A - Anamnese**I. Identificação**

Nome: _____

Natural de: _____ Procedência: _____

Data de Nascimento: _____ ade: _____)

Estado Civil: _____ Número de filhos (se houver): _____

Orientação Religiosa: Sim () Não () Qual?: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Diagnóstico: _____

Tempo de câncer: _____ Estadiamento: _____

Metástase: _____ Onde: _____

Motivo da internação: _____

Já internou outras vezes: _____

Está fazendo ou já fez algum tratamento para o câncer no momento:

Quimioterapia () Radioterapia () Cirurgia () Qual? _____

Outros () _____

Comorbidades: _____

Medicamentos: _____

Queixa principal: _____

Como está se sentindo agora? _____

Já realizou algum tratamento com Práticas Integrativas e Complementares antes? Qual?

PA: _____ FC: _____ Data: _____

PA: _____ FC: _____ Data: _____

PA: _____ FC: _____ Data: _____

PA: _____ FC: _____ Data: _____

Gostaria de complementar alguma informação relevante?

Cuidados paliativos: () Sim () Não

ANEXO B - Aferição da Pressão Arterial

Técnica recomendada para aferição da pressão arterial de consultório pelo método auscultatório
<ul style="list-style-type: none"> • A aferição deve ser realizada com esfigmomanômetro validado, calibrado e acurado, adequando-se o manguito à circunferência do braço (seguindo-se a recomendação do fabricante). Como regra geral, a largura deve ser próxima de 40% e o comprimento deve cobrir 80-100% da circunferência do braço.
<ul style="list-style-type: none"> • O manguito deve estar ajustado e posicionado 2-3 cm acima da fossa cubital, com a parte compressiva centralizada sobre a artéria braquial. O braço deve estar apoiado e posicionado na altura do coração.
<ul style="list-style-type: none"> • O paciente deve repousar por 5 minutos, em ambiente calmo, sentado com as costas apoiadas e as pernas descruzadas sobre o solo. Deve ainda estar relaxado, sem fazer exercício por 30 minutos, e sem usar tabaco, álcool ou energéticos (incluindo café) 1 hora antes da aferição.
<ul style="list-style-type: none"> • Insuflar o manguito rapidamente 30 mmHg acima da extinção do pulso radial e proceder à deflação do manguito na velocidade aproximada de 2 mmHg/batimento. A PAS será determinada pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e a PAD pelo desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff). Na persistência dos batimentos até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).

PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica.

Fonte: 2017: Diretrizes em Hipertensão Arterial para Cuidados Primários nos Países de Língua Portuguesa, (OLIVEIRA et al., 2017).

Classificação da PA de acordo com a medição no consultório		
Classificação	PAS (mm Hg)	PAD (mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121 – 139	81 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da PA. Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2 e 3.

PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. * a partir de 18 anos de idade. Fonte: 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial, 2016

ANEXO C - Escalas de Karnofsky (KPS)

Número (%)	Significado
100	Normal, nenhuma queixa, nenhuma evidência de doença.
90	Capaz de continuar as atividades normalmente; pequenos sintomas presentes.
80	(Realiza) Atividade normal com esforço; alguns sintomas presentes.
70	(Requer poucos) Cuidados para si; incapaz para continuar suas atividades normalmente.
60	Requer ajuda ocasional; (precisa de) cuidados para a maioria das necessidades.
50	Requer ajuda considerável e cuidados frequente.
40	Incapacitado; requer cuidado especial e ajuda.
30	Severamente incapacitado; (precisa ser) hospitalizado; morte não evidente.
20	Muito doente e debilitado; precisa de cuidado intensivo.
10	Morte iminente (últimas 48 horas); processo de fatalidade progredindo rapidamente.
0	Morte/óbito.

ANEXO D - Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-Br)

Esta é uma escala de avaliação de sintomas. Você responderá a 10 itens com respostas que variam de 0 (mínima intensidade) a 10 (máxima intensidade). Por favor, circule o número que melhor descreve os seus sintomas nas últimas 24 horas:

Sem Dor	_____	Pior Dor possível
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sem cansaço (fraqueza)	_____	Pior cansaço (fraqueza) possível
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sem náusea (enjoo)	_____	Pior náusea (enjoo) possível
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sem tristeza	_____	Pior tristeza possível
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sem ansiedade	_____	Pior ansiedade possível
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sem sonolência	_____	Pior sonolência possível
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Melhor apetite	_____	Pior apetite possível
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Melhor sensação de bem estar	_____	Pior sensação de mal estar possível
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Sem falta de ar	_____	Pior falta de ar possível
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Melhor sono	_____	Pior sono possível
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

ANEXO E - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D 6) Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca

ANEXO F – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP

<small>Centro Colaborador da CAPES/CNPq para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem</small>	<p>UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO</p> <p><small>Avenida Bandeirantes, 2900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil CEP 14040-902 Fone: 55 16 3315.3362 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518 www.eerp.usp.br - eerp@usp.br</small></p>
--	---

Ofício CEP-EERP/USP nº 0148/2019, de 12/07/2019

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 260ª Reunião Ordinária, realizada em 03 de julho de 2019.

Protocolo CAAE: 12445119.7.0000.5393

Projeto: O Efeito do Reiki no Manejo dos Sintomas de Pessoas em Cuidados Paliativos Oncológicos

Pesquisadores: Sabrina de Freitas Souza
Marysia Mara Rodrigues do Prado de Carlo (orientadora)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Ronildo Alves dos Santos
Coordenador do CEP-EERP/USP

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Efeito do Reiki no Manejo dos Sintomas de Pessoas em Cuidados Pallativos Oncológicos

Pesquisador: Sabrina de Freitas Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12445119.7.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.449.547

Apresentação do Projeto:

De acordo com o documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1341295.pdf":

Trata-se de pesquisa exploratória prospectiva a ser realizada no Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERibeirão), que é um hospital público, universitário de média complexidade, ligado ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP/FMRP/USP). Definuiu-se que a amostra será composta por 64 pessoas internadas no HERP, de ambos os sexos, na faixa etária maior de 18 anos, com diagnóstico clínico de câncer e em cuidados paliativos, as quais serão divididas em 4 grupos, de acordo com o KPS (Karnofsky Performance Status) de cada participante, e que fiquem internadas pelo menos 4 dias consecutivos. Os participantes serão aleatorizados antes de iniciar o estudo usando uma lista de randomização gerada pelo programa R (R Core Team, 2018), permutados em proporções iguais nos 4 grupos.

Durante a coleta, os voluntários ficarão deitados em seu próprio leito, local onde receberão o reiki. No primeiro dia, denominado dia zero serão realizados a anamnese (feita apenas neste dia), o MEEM (mini exame do estado mental) e o KPS (usados para caracterização da pessoa, como critério de exclusão da pesquisa), a aferição de pressão arterial, a frequência cardíaca, o ESAS-Br (Edmonton Symptom Assessment System) e a HAD (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão) para se ter os dados do baseline de cada paciente.

Nos dias 1, 2 e 3 os pacientes receberão a aplicação do Reiki por 20 minutos em cada dia, no período da tarde, no próprio leito. Após 30 minutos, serão reavaliadas as escalas ESAS-BR, HAD,

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 3.449.547

assim como a aferição da pressão arterial e frequência cardíaca. A coleta salivar para verificar o nível de cortisol será realizada no baseline, antes e após cada sessão. Para a coleta do cortisol salivar os participantes serão orientados a não comer, não beber, não escovar os dentes e não fumar uma hora antes de coletar a saliva.

O tratamento consiste em o terapeuta reikiano colocar as mãos sobre várias partes do corpo do participante, sobre a roupa e não tocar, por 3 minutos em cada local, incluindo áreas ao redor da cabeça, olhos, tórax e quadril e será guiada por uma música própria para Reiki que possui badaladas a cada 3 minutos. A aplicação do Reiki ocorrerá nesses pontos, pois são os pontos dos chakras. O Reiki é uma forma de realizar a ativação e o alinhamento dos 7 chakras principais de nosso corpo, o que ajuda na melhora da saúde geral do corpo, tanto física, quanto mental e emocional. A técnica utilizada de Reiki seguido foi a linhagem tradicional do sistema Usui de cura natural (RIEBEN, 2006). As sessões terão duração de 21 minutos cada. Na análise dos dados, para a comparação entre os grupos do estudo, será realizada a caracterização sociodemográfica e clínica da casuística e serão realizadas tanto as análises estatísticas pertinentes, segundo as recomendações de cada uma das escalas utilizadas, quanto analisar as mudanças observadas nos 2 momentos (antes e após cada sessão) em relação a aferição da pressão arterial, frequência cardíaca e níveis de cortisol salivar.

Espera-se que esse estudo possa contribuir para emergir novas pesquisas na área das PICs (Práticas Integrativas e Complementares) colaborando com as evidências científicas sobre o tema, a fim de dar embasamento para a utilização das técnicas no SUS.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com os documentos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1341295.pdf", página 4 de 9, e "Projeto_CEP_Sabrina.pdf", página 14 de 35, os objetivos da pesquisa estão descritos como sendo:

***OBJETIVO GERAL**

-Verificar os efeitos do Reiki no alívio dos sintomas e na alteração dos níveis de cortisol salivar de pessoas em cuidados paliativos oncológicos, internadas num hospital público, universitário de média complexidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar os efeitos do Reiki na ansiedade e depressão, no nível do cortisol salivar;
- verificar se a pressão arterial e a frequência cardíaca se alteram com o tratamento;

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 3.449.547

-verificar se há diferenças em pessoas que recebem o Reiki juntamente com os cuidados convencionais dos cuidados paliativos com pessoas que recebem apenas os cuidados convencionais dos cuidados paliativos."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os documentos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1341295.pdf", página 5 de 9, os riscos e benefícios estão descritos como sendo:

Riscos:

Este estudo apresenta risco muito limitado, pode ocorrer um desconforto ao responder perguntas sobre sua condição de saúde física e emocional, não trazendo prejuízos à sua saúde.

Benefícios:

O Reiki poderá trazer benefícios como alívio dos sintomas, assim como maior conforto e qualidade de vida, sem custo e sem trazer prejuízos à sua saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 260ª reunião ordinária do CEP-EERP/USP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1341295.pdf	23/04/2019 19:24:27		Acelto
Outros	CONCORDANCIA_HERP.pdf	23/04/2019 19:23:32	Sabrina de Freitas Souza	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Sabrina.pdf	23/04/2019 19:22:21	Sabrina de Freitas Souza	Acelto
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	23/04/2019	Sabrina de Freitas	Acelto

**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**

Continuação do Parecer: 3.449.547

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19:22:06	Souza	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Oficio_EERP.pdf	23/04/2019 17:28:28	Sabrina de Freitas Souza	Acelto
Orçamento	orcamento.pdf	23/04/2019 17:27:56	Sabrina de Freitas Souza	Acelto
Outros	UPC.pdf	23/04/2019 13:38:48	Sabrina de Freitas Souza	Acelto
Cronograma	Cronograma.pdf	23/04/2019 13:36:56	Sabrina de Freitas Souza	Acelto
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	23/04/2019 13:36:37	Sabrina de Freitas Souza	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 11 de Julho de 2019

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

ANEXO G – Emenda CEP

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: O Efeito do Reiki no Manejo dos Sintomas de Pessoas em Cuidados Palliativos Oncológicos

Pesquisador: Sabrina de Freitas Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12445119.7.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.985.230

Apresentação do Projeto:

Trata-se emenda a projeto aprovado por este CEP em Parecer Consubstanciado: 3.449.547, de 11 de julho de 2019. De acordo com a pesquisadora: "A definição da metodologia do projeto foi baseada em levantamento sobre atendimentos já realizados a pacientes em Cuidados Palliativos no Hospital Estadual de Ribeirão Preto (HERP). Contudo, verificamos que houve uma mudança no perfil de pacientes atualmente atendidos nesse hospital, com agravamento dos quadros clínicos das pessoas lá internadas. Como os pacientes atendidos estão agora em condições mais graves, apresentam mais restrições para serem incluídos na pesquisa de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. A coleta de dados ficou comprometida pela impossibilidade de composição da casuística da pesquisa, seja porque as condições clínicas estão mais avançadas, seja porque houve maior recusa ao tratamento proposto. Como emenda ao projeto de pesquisa, destacamos os seguintes itens:

1. Financiamento do projeto: Diante da inviabilidade de conseguir financiamentos de agência de fomento para o custeio das análises laboratoriais do cortisol salivar, previsto na metodologia do estudo, foi realizada uma campanha de financiamento solidário do tipo "vaquinha" online (crowdfunding). Foi feita uma consulta à CONEP, que se manifestou favorável a essa iniciativa, como está demonstrado na cópia da mensagem em anexo.
2. Inclusão da enfermaria de Oncologia Clínica do HC- campus como local de realização da coleta de dados da pesquisa, dentro dos mesmos critérios estabelecidos para a coleta no HERP.

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 3.965.230

3. Realização de projeto piloto: Para verificação dos procedimentos do estudo empírico e do tempo de coleta de dados, será realizado um projeto piloto com dois pacientes, um deles com aplicação de Reiki (grupo Reiki) e outro como grupo controle (recebendo somente o tratamento convencional). Toda metodologia descrita no projeto original será mantida.

4. Redução do número de pacientes de 64 para 36, com base em novo cálculo amostral realizado pelo serviço de estatística da EERP-USP, devido a alterações na metodologia do estudo.

5. Critério de inclusão: verificou-se que os resultados do Karnofsky Performance Status (KPS) dos pacientes internados no Hospital onde será realizado o estudo costumam ser inferiores ao que foi estimado durante a elaboração do projeto, devido à gravidade dos quadros clínicos. Sendo assim, os grupos estão representados, a seguir, com as mudanças propostas:

I) Grupo Controle (GC1) composto por 9 participantes em cuidados paliativos;

II) Grupo de Controle (GC2), composto por 9 participantes que não estão em cuidados paliativos;

III) Grupo de Reiki (GR1), composto por 9 participantes em cuidados paliativos;

IV) Grupo de Reiki (GR2), composto por 9 participantes que não estão em cuidados paliativos. A definição de que o paciente está ou não em Cuidados Paliativos seguirá os critérios da área de Oncologia clínica (presença ou não de metástases, realização ou não de quimioterapia paliativa);

6. Diminuição dos instrumentos aplicados na coleta de dados: devido ao grave caso clínico dos pacientes e para evitar seu desgaste e fadiga, optou-se por diminuir a quantidade de escalas aplicadas, com a retirada o MEEM dos critérios de inclusão. O critério de cognição mental será verificado através do prontuário eletrônico, conversa com a equipe e conversa com o paciente.

7. Alteração da aplicação das escalas: Para evitar aumentar a fadiga dos pacientes, as escalas ESAS-BR e HADS serão aplicadas somente 2 vezes - antes da aplicação de reiki do primeiro dia e depois da aplicação de reiki no segundo dia. Com isso no dia 1 ficarão as aplicações do KPS, ESAS-BR, HADS, frequência cardíaca (FC), pressão arterial (PA), cortisol e reiki (esse somente para os grupos de estudo reiki). No dia 2 ficarão o reiki, cortisol, ESAS-BR, HADS, FC e PA.

8. Alteração do número de coletas: devido ao fato de que a média de tempo dos protocolos de quimioterapia da Oncologia Clínica é de 2 a 3 dias e o tempo menor de internação dos pacientes, constatou-se que não seria viável manter o critério de inclusão na coleta de dados com pacientes que ficassem internados 4 dias consecutivos. Portanto, a coleta de dados passará a ser feita em 2 dias consecutivos, já iniciando a aplicação de Reiki no mesmo dia do convite e aceitação à participação do estudo."

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 3.985.230

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

-Verificar os efeitos do Reiki no alívio dos sintomas e na alteração dos níveis de cortisol salivar de pessoas em cuidados paliativos oncológicos, internadas num hospital público, universitário de média complexidade.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar os efeitos do Reiki na ansiedade e depressão, no nível do cortisol salivar;
- verificar se a pressão arterial e a frequência cardíaca se alteram com o tratamento;
- verificar se há diferenças em pessoas que recebem o Reiki juntamente com os cuidados convencionais dos cuidados paliativos com pessoas que recebem apenas os cuidados convencionais dos cuidados paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide tópico "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_140858_8_É1.pdf	09/03/2020 12:03:27		Acelto
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	09/03/2020 12:02:40	Sabrina de Freitas Souza	Acelto

**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**

Continuação do Parecer: 3.985.230

Declaração de concordância	concordanciaherp.pdf	27/02/2020 16:48:42	Sabrina de Freitas Souza	Acelto
Outros	emenda.pdf	24/02/2020 14:04:14	Sabrina de Freitas Souza	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	24/02/2020 14:03:28	Sabrina de Freitas Souza	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/02/2020 14:02:46	Sabrina de Freitas Souza	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	24/02/2020 14:02:21	Sabrina de Freitas Souza	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	24/02/2020 14:00:02	Sabrina de Freitas Souza	Acelto
Outros	CONCORDANCIA_HERP.pdf	23/04/2019 19:23:32	Sabrina de Freitas Souza	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Oficio_EERP.pdf	23/04/2019 17:28:28	Sabrina de Freitas Souza	Acelto
Outros	UPC.pdf	23/04/2019 13:38:48	Sabrina de Freitas Souza	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 22 de Abril de 2020

Assinado por:

RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))