

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

THAISA FÉR SCANDIUZZI

Efeitos da prática do Reiki nos níveis de dor, ansiedade e sintomas
depressivos em uma população idosa

Ribeirão Preto

2021

THAISA FÉR SCANDIUZZI

Efeitos da prática do Reiki nos níveis de dor, ansiedade e sintomas depressivos em uma população idosa

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Linha de Pesquisa: O cuidar de adultos e idosos

Orientadora: Profa. Dra. Namie Okino Sawada

Ribeirão Preto

2021

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.

Scandiuzzi, Thaisa Fér

Efeitos da prática do Reiki nos níveis de dor, ansiedade e sintomas depressivos em uma população idosa. Ribeirão Preto, 2021.

88 p. : il. ; 30 cm

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

Orientador: Sawada, Namie Okino.

1. Reiki. 2. Idoso. 3. Dor. 4. Ansiedade. 5. Sintomas depressivos.

Nome: SCANDIUZZI, Thaisa Fér

Título: Efeitos da prática do Reiki nos níveis de dor, ansiedade e sintomas depressivos em uma população idosa.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido e à nossa amada filha Malu... vocês são as pessoas que me inspiram, que me transformam, que eu tanto amo. Obrigada por dividirem esta existência comigo!

AGRADECIMENTOS

À Deus, que se manifesta através de mim. Servi-Lo é, por si só, tamanha alegria!

À toda minha família, que é maravilhosa, por tanta dedicação, amor e cuidado em minha formação como ser humano.

Aos meus pais Dante e Sandra, por serem fonte de amor e segurança sempre. Obrigada por me escolherem como filha. Eu escolheria vocês mais um milhão de vezes se fosse possível.

Ao meu esposo Eduardo, que é meu companheiro de jornada, por andar de mãos dadas comigo em todos os caminhos, sejam eles fáceis ou desafiadores. Meu bem, obrigada pelo apoio, pela amizade, pelo amor!

À minha filha Malu, por me escolher pra ser o seu portal para esta existência e com isso me tornar uma pessoa melhor pro mundo a cada segundo de convívio.

Ao meu psicólogo Leonardo, por me acolher, encorajar, inspirar e lançar luz onde havia escuridão.

À minha orientadora profa. Dra. Namie Okino Sawada, por apoiar a minha ideia e assim fazer com que ela pudesse ser materializada. Muito obrigada, Namie, por todo o suporte e paciência durante esse anos!

Aos amigos do grupo de estudo e pesquisa, Bruna, Amanda, Gabriel, Natália, pelo auxílio e incentivo.

Aos membros da banca de qualificação: Profa. Luciana Kusumota e Juliana Maria de Paula Avelar, pelas valiosas contribuições.

Aos meus amigos invisíveis, que me auxiliaram durante toda esta minha caminhada, gratidão pela guiança atenta e amorosa.

Aos idosos que aceitaram participar deste estudo, pela disponibilidade e confiança em meu trabalho.

À minha mestre do Reiki, Angélica Novella, por me iniciar neste método de cura fantástico que mudou a minha vida!

À minha amiga Thaisa que foi minha dupla nas aplicações de Reiki no início desta jornada, pela amizade e parceria.

A todos aqueles que antecederam esse estudo e serviram de referências e bússola com suas obras. Em especial ao Prof. Dr. Ricardo Monezzi da UNIFESP que dedicou boa parte de sua carreira acadêmica ao estudo do Reiki.

Gratidão infinita aos mestres do Reiki que fizeram com que esta prática chegasse ao alcance de todos nós.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“O amor tem um propósito nesse mundo. Ele deseja se manifestar através de nós. E para isso, ele usa nossos dons e talentos, que são os presentes que trouxemos para dar. Assim, quando colocamos nossas habilidades e potenciais a serviço do amor, estamos ajudando a humanidade a realizar o propósito de sua existência” (Sri Prem Baba).

RESUMO

SCANDIUZZI, Thaisa Fér. **Efeitos da prática do Reiki nos níveis de dor, ansiedade e sintomas depressivos em uma população idosa.** 2021. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Em decorrência do envelhecimento populacional, percebe-se um aumento do número de idosos com sintomatologia depressiva e episódios de ansiedade, considerados os maiores causadores de sofrimento emocional e diminuição da qualidade de vida nesta população, sobretudo quando aparecem associados a dor crônica. Os sintomas depressivos acarretam grande impacto na vida do idoso, como prejuízos nos relacionamentos interpessoais e no desempenho de atividades cotidianas. Do mesmo modo, idosos ansiosos possuem dificuldades de concentração e problemas de memória, sendo comumente visível que a precisão de seus movimentos também se torna prejudicada. Estima-se que 20 a 50% dos idosos possuem importantes sintomas dolorosos e esse número aumenta para 45 a 80% em pacientes institucionalizados, podendo ser ainda maior nos hospitalizados. Dentre os muitos recursos que se apresentam para o manejo da sintomatologia depressiva, da ansiedade e da dor relacionados ao envelhecer, encontramos diversas Práticas Integrativas e Complementares em saúde (PICS). Atualmente, dados do ministério da saúde do Brasil, apontam o Reiki como uma das PICS mais utilizadas no país. **Objetivo:** avaliar os efeitos da Prática Integrativa e Complementar - Reiki no alívio da dor e na redução dos sintomas depressivos e da ansiedade em uma população idosa. **Método:** estudo quantitativo, quase-experimental, de corte longitudinal e prospectivo, com a participação de 30 idosos. As sessões de Reiki ocorreram semanalmente, por quatro semanas consecutivas. Cada sessão contou com a duração de 12 minutos e foi aplicada individualmente pela própria pesquisadora, a qual é Terapeuta Reikiana certificada. Foram utilizados o Inventário de Depressão de Beck (BDI- II), o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) aplicados antes da intervenção e imediatamente após cada uma das sessões e a Escala Numérica com faces aplicada antes de cada sessão e imediatamente após cada uma delas. **Resultados:** ao final do experimento os participantes apresentaram uma redução estatisticamente significativa dos níveis de ansiedade e sintomas depressivos em comparação aos níveis detectados na primeira sessão da intervenção. Também foi possível verificar redução nos níveis de dor no momento pós comparado ao pré em todas as sessões de Reiki. Contudo, não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de dor ao longo das sessões. **Conclusão:** os resultados demonstraram que a prática do Reiki reduziu os sintomas depressivos e ansiedade e promoveu alívio nos níveis de dor. Sugere-se a realização de futuros estudos, com delineamentos mais robustos de natureza multidisciplinar, a fim de aprofundar a compreensão a respeito dos possíveis mecanismos psicofisiológicos e físicos envolvidos com a técnica Reiki.

Palavras-chave: Reiki. Idoso. Dor. Ansiedade. Sintomas depressivos.

ABSTRACT

SCANDIUZZI, Thaisa Fér. **Effects of Reiki practice on levels of pain, anxiety and depressive symptoms in an elderly population.** 2021. Dissertation (Master of Science) - Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

As a result of population aging, there is an increase in the number of elderly people with depressive symptoms and episodes of anxiety, considered to be the biggest causes of emotional distress and decreased quality of life in this population, especially when they appear associated with chronic pain. Depressive symptoms have a major impact on the life of the elderly, such as damage to interpersonal relationships and the performance of daily activities. Likewise, anxious elderly people have difficulties with concentration and memory problems, and it is commonly visible that the precision of their movements also becomes impaired. It is estimated that 20 to 50% of the elderly have significant painful symptoms and this number increases to 45 to 80% in institutionalized patients, which may be even higher in hospitalized patients. Among the many resources that are available for the management of depressive symptoms, anxiety and pain related to aging, there are several Integrative and Complementary Health Practices (PICS). Currently, data from the Brazilian Ministry of Health, point to Reiki as one of the most used PICS in the country. Objective: to evaluate the effects of Integrative and Complementary Practice - Reiki on pain relief and reduction of depressive symptoms and anxiety in an elderly population. Method: quantitative, quasi-experimental study, with a longitudinal and prospective cut, with the participation of 30 elderly people. Reiki sessions took place weekly, for four consecutive weeks. Each session lasted 12 minutes and was applied individually by the researcher herself, who is a certified Reikian Therapist. The Beck Depression Inventory (BDI-II), the Beck Anxiety Inventory (BAI) applied before the intervention and immediately after each session and the Numerical Scale with faces applied before each session and immediately after each one were used. Results: at the end of the experiment, the participants showed a statistically significant reduction in the levels of anxiety and depressive symptoms compared to the levels detected in the first session of the intervention. It was also possible to see a reduction in pain levels in the post compared to the pre in all Reiki sessions. However, no statistically significant difference was found in pain levels throughout the sessions. Conclusion: the results demonstrated that the practice of Reiki reduced depressive symptoms and anxiety and promoted relief in pain levels. It is suggested to carry out future studies, with more robust designs of a multidisciplinary nature, in order to deepen the understanding regarding the possible psychophysiological and physical mechanisms involved with the Reiki technique.

Key words: Reiki. Aged. Pain. Anxiety. Depressive symptoms

RESUMEN

SCANDIUZZI, Thaisa Fér. **Efectos de la práctica de Reiki sobre los niveles de dolor, ansiedad y síntomas depresivos en una población anciana.** 2021. Disertación (Maestría en Ciencias) - Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Como consecuencia del envejecimiento de la población, se observa un aumento en el número de personas mayores con síntomas depresivos y episodios de ansiedad, considerados como las mayores causas de malestar emocional y disminución de la calidad de vida en esta población, especialmente cuando aparecen asociados a enfermedades crónicas. El dolor. Los síntomas depresivos tienen un gran impacto en la vida de las personas mayores, como daños en las relaciones interpersonales y el desempeño de las actividades diarias. Asimismo, las personas mayores ansiosas tienen dificultades con la concentración y problemas de memoria, y comúnmente es visible que la precisión de sus movimientos también se ve afectada. Se estima que del 20 al 50% de los ancianos tienen síntomas dolorosos importantes y esta cifra aumenta al 45 al 80% en los pacientes institucionalizados, que puede ser incluso mayor en los pacientes hospitalizados. Entre los muchos recursos que están disponibles para el manejo de los síntomas depresivos, la ansiedad y el dolor relacionados con el envejecimiento, existen varias Prácticas de salud integradoras y complementarias (PICS). Actualmente, datos del Ministerio de Salud de Brasil, apuntan al Reiki como uno de los PICS más utilizados en el país. Objetivo: evaluar los efectos de la Práctica Integrativa y Complementaria - Reiki sobre el alivio del dolor y la reducción de los síntomas depresivos y la ansiedad en una población anciana. Método: estudio cuantitativo, cuasiexperimental, con corte longitudinal y prospectivo, con la participación de 30 ancianos. Las sesiones de Reiki se llevaron a cabo semanalmente, durante cuatro semanas consecutivas. Cada sesión duró 12 minutos y fue aplicada individualmente por la propia investigadora, quien es Terapeuta Reikiana certificada. Se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) aplicado antes de la intervención e inmediatamente después de cada sesión y la Escala Numérica con caras aplicadas antes de cada sesión e inmediatamente después de cada una de ellas. Resultados: al final del experimento, los participantes mostraron una reducción estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad y síntomas depresivos respecto a los niveles detectados en la primera sesión de la intervención. También fue posible ver una reducción en los niveles de dolor en el post en comparación con el pre en todas las sesiones de Reiki. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de dolor durante las sesiones. Conclusión: los resultados demostraron que la práctica de Reiki redujo los síntomas depresivos y la ansiedad y promovió el alivio de los niveles de dolor. Se sugiere realizar estudios futuros, con diseños más robustos y de carácter multidisciplinario, con el fin de profundizar en el conocimiento sobre los posibles mecanismos psicofisiológicos y físicos involucrados con la técnica de Reiki.

Palabras clave: Reiki. Anciano. Dolor. Ansiedad. Síntomas depresivos .

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Os sete chacras e os plexos do sistema nervoso.....	31
Figura 2 - Fluxograma de recrutamento e acompanhamento dos idosos.....	42
Figura 3 - Posições de Reiki utilizadas nos participantes deste estudo.....	45
Figura 4 - Etapas da aplicação dos instrumentos.....	48
Figura 5 - Níveis de ansiedade ao longo das quatro sessões de Reiki.....	52
Figura 6 - Níveis de sintomas depressivos ao longo das quatro sessões de Reiki.....	54
Figura 7 - Níveis de dor antes e após cada uma das quatro sessões de Reiki.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.....	51
Tabela 2 - Níveis de ansiedade ao longo das quatro sessões de Reiki.....	52
Tabela 3 - Níveis de depressão ao longo das quatro sessões de Reiki.....	54
Tabela 4 - Níveis de dor antes e depois das quatro sessões de Reiki.....	55

LISTA DE SIGLAS

BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI II	Inventário de Depressão de Beck II
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EUA	Estados Unidos
GDS	Escala de Depressão Geriátrica
HCMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IgA	Imunoglobulina A
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
NCCIH	National Center for Complementary and Integrative Health
NIH	National Institute of Health
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
STAI	State Trait Anxiety Inventory
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
USP	Universidade de São Paulo
VAS	Visual Analog Scale

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	16
2. INTRODUÇÃO	18
3. REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1. Envelhecimento.....	22
3.2. Sintomatologia Depressiva no idoso	23
3.3. Sintomas ansiosos no idoso	24
3.4. Dor no idoso	25
3.5. O Reiki como Prática Integrativa e Complementar.....	26
3.6. Reiki.....	28
3.7. O sistema de Chacras	30
3.8. Benefícios do Reiki	33
4. JUSTIFICATIVA	37
5. OBJETIVOS	39
5.1 Objetivo Geral	39
5.2 Objetivos Específicos.....	39
6. MATERIAIS E MÉTODO	41
6.1. Tipo de estudo.....	41
6.2. Local do estudo	41
6.3 Amostra	41
6.4 Procedimento.....	45
6.5 Coleta de dados.....	46
6.6 Análise estatística dos dados	49
6. RESULTADOS	50
7. DISCUSSÃO	57
8. CONCLUSÕES	65
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICES	77
ANEXOS	81

1. APRESENTAÇÃO

1. APRESENTAÇÃO

Graduei-me em Psicologia na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) em 2015 e por sentir a necessidade de incorporar ferramentas à minha atuação como psicoterapeuta, fui iniciada, no ano seguinte, nos níveis 1, 2 e 3-A do método Reiki, pela querida mestre Angélica Novella, na Casa do Reiki, em Ribeirão Preto.

Em agosto de 2016 me tornei integrante da Rede de Apoio Espiritual de Ribeirão Preto, que hoje envolve cinco hospitais e mais de 150 mensageiros voluntários e iniciei o trabalho como Reikiana no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP), por intermédio da Dra. Catalina Camas Cabrera, coordenadora da rede. Por aproximadamente um ano, compareci semanalmente aplicando Reiki nos pacientes, familiares e funcionários do local. Ao final das aplicações recebia relatos que me enchiam os olhos de lágrimas. Era perceptível a mudança imediata no semblante dos que ali estavam, na voz, no olhar, no sorriso.

Esta experiência me trouxe além de uma porção de aprendizados, um conjunto de questionamentos e, mais do que isso, o anseio de compartilhar e contribuir com o universo científico.

Assim, com a necessidade de buscar uma comprovação científica dos benefícios do Reiki, ingressei no Mestrado em 2018 e desenvolvi a presente pesquisa.

2. INTRODUÇÃO

2. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional pode ser entendido como um processo que deriva da redução da taxa de natalidade, seguida do aumento na expectativa de vida da população. Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de idosos deve passar de 14,9 milhões em 2013, para 58,4 milhões, em 2060, correspondendo a 26,7% da população (ARGIMON et al., 2016).

Em decorrência do envelhecimento populacional, percebe-se um aumento do número de idosos com sintomatologia depressiva e episódios de ansiedade (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016), considerados os maiores causadores de sofrimento emocional e diminuição da qualidade de vida nesta população, sobretudo quando surgem associados a dor crônica (GONÇALVES et al., 2014).

Os sintomas depressivos acarretam grande impacto na vida do idoso, como prejuízo nos relacionamentos interpessoais e no desempenho de tarefas cotidianas (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016). Do mesmo modo, idosos ansiosos possuem dificuldades de concentração e problemas de memória, sendo comumente visível que a precisão de seus movimentos também se torna prejudicada (FERREIRA; LIMA; ZERBINATTI, 2012). De acordo com Kayser et al. (2014), a dor acaba sendo o sintoma que mais frequentemente induz a procura por assistência médica. Freitag et al. (2014) alude que 85% dos idosos com mais de 65 anos de idade apresentam pelo menos um problema de saúde que predisponha a dor.

Entre os recursos que se apresentam para o manejo da sintomatologia depressiva, da ansiedade e da dor relacionados ao envelhecer, encontramos diversas Práticas Integrativas e Complementares em saúde (PICS), tais como a acupuntura, a meditação, o yoga e as técnicas de imposição de mãos, como o Reiki. Desta maneira, percebe-se um movimento crescente desta grande parcela da população em busca das PICS, uma vez que tais práticas buscam cuidar do idoso de maneira integral, propiciando a promoção de vida com melhor qualidade (OLIVEIRA, 2013).

O uso das PICS têm ganhado destaque entre as opções terapêuticas na população idosa, pois são de fácil aplicação, baixo custo e seus efeitos podem ser facilmente notados (COSTA; REIS, 2014).

De acordo com Vieira (2017), dados do ministério da saúde do Brasil apontam o Reiki como uma das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde mais utilizadas no país. Da mesma forma, verifica-se o crescente interesse por esta prática que parece trazer incontáveis

benefícios aos seus praticantes, especialmente aos idosos, em grandes centros de pesquisa de todo o mundo.

O Reiki é uma prática de imposição de mãos que mantém ou recupera a saúde. Trata-se de uma técnica milenar redescoberta por Mikao Usui em 1922, no Japão (DE' CARLI, 2001).

Na perspectiva do Reiki acredita-se que em uma pessoa saudável, a energia vital move-se livremente pelo corpo físico fluindo por "caminhos", nomeados chacras, que são centros energéticos. Anatomicamente, cada chacra está associado a um determinado plexo nervoso e a uma glândula endócrina (GERBER, 2007).

Nesta concepção, a doença ou o sintoma são interpretados como desequilíbrio ou bloqueio da energia vital. Sendo assim, a energia Reiki encaminha-se para onde a cura é necessária, cuidando do receptor de forma integral e beneficiando até mesmo o praticante (USUI; PETTER, 2001). Seus benefícios incluem relaxamento, diminuição do estresse, da ansiedade, alívio da dor e da confusão mental, aumento de energia vital e bem estar. Como uma vantagem importante dentre as terapias complementares, o efeito do Reiki pode ser sentido imediatamente (DE'CARLI, 2013; LOPEZ; MAO; COHEN, 2017; PEREIRA et al., 2014).

Embora desfrutemos de uma literatura relativamente ampla no que se refere aos efeitos do Reiki sobre determinadas sintomatologias, poucos são os estudos relacionados aos efeitos na população idosa. Para o presente estudo a proposta de investigação foi a realização de um estudo quase-experimental cujo objetivo consistiu em avaliara efetividade do Reiki no alívio da dor e na redução dos sintomas depressivos e da ansiedade em idosos.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Envelhecimento

O envelhecimento é um processo inevitável e irreversível, que ocorre do nascimento à morte, e vem acompanhado de uma série de alterações, tais como: redução do fluxo renal, da tolerância à glicose, da capacidade vital dos pulmões, da massa corpórea e da imunidade celular; limitação das principais funções sensoriais, tais como visão, audição e percepção do tato, além do declínio de habilidades intelectuais e motoras (RAZ et al., 2005; WICKREMARATCHI; LLEWELYN, 2006).

O envelhecimento precisa ser compreendido em sua totalidade pois é, simultaneamente, um fenômeno biológico com consequências psicológicas, considerando que certos comportamentos são apontados como características próprias deste momento do viver. Como todas as circunstâncias humanas, o envelhecimento tem uma dimensão existencial, que modifica a relação do idoso com o tempo, provocando mudanças em sua relação com o mundo e com sua própria história (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2010). Assim, o envelhecimento não poderia ser compreendido senão em sua totalidade; também como um fato cultural (BEAUVOIR, 1990).

Araújo et al. (2011) nos traz que o envelhecimento populacional é um fenômeno crescente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil. Para os autores, os problemas motivados pelo crescimento da população idosa causam impacto sobre os setores econômico, social e da saúde, por repercutirem na aplicação dos recursos disponíveis para atender a esta demanda.

Conforme o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, no Brasil o fenômeno do envelhecimento pode ser elucidado por um aumento da participação da população com mais de 60 anos de 4% em 1940, para 8,6% em 2000. Observa-se, ainda, que nas últimas seis décadas, o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos aumentou nove vezes – em 1940 era de 1,7 milhões e em 2000, de 14,5 milhões, sendo esperado para 2022 um contingente populacional idoso de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (BELTRÃO; CAMARANO; KANSO, 2004).

Beltrão, Camarano e Kanso (2004) destacam, ainda, que a proporção da população “mais idosa”, acima de 80 anos também está aumentando, fato este que altera a composição etária dentro do próprio grupo, ou seja, a população considerada idosa também está envelhecendo.

À medida que a pessoa envelhece, sua qualidade de vida se vê determinada, em grande parte, por sua capacidade para manter a autonomia e a independência. Desta maneira, algumas

circunstâncias podem afetar os hábitos adquiridos ao longo da vida. Entre elas estão a aposentadoria, que notadamente provoca uma ruptura na rotina do idoso, gerando assim, desconforto e sentimento de incapacidade. Podem ocorrer também alterações de papéis, como por exemplo, o idoso que ocupava um lugar de cuidador, agora adquire o lugar de alguém a que precisa ser cuidado (SILVA et al., 2017).

A maioria dos idosos teme a velhice pela possibilidade de tornarem-se dependentes pela doença ou por não poderem exercer suas atividades cotidianas. Tal evento fortalece a abordagem de manutenção de vida saudável, que significa reduzir morbidades, prevenindo-se as incapacidades (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2010).

Deste modo, a população idosa tem buscado cada vez mais serviços que ofereçam uma abordagem integral de cuidado que atenda suas necessidades e aspirações, tais como: reduzir os impactos psicobiológicos do envelhecimento, aliviar os sintomas que lhe causam algum tipo de limitação e conservar seu ambiente e suporte social, o que inclui acesso a lazer e ao transporte (NOLAN, 2001).

3.2. Sintomatologia Depressiva no idoso

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), a sintomatologia depressiva afeta cerca de 350 milhões de pessoas, desde jovens a idosos, sendo que vários fatores estão relacionados ao seu surgimento, são eles: biológicos, genéticos e psicossociais, afetando as pessoas em diferentes momentos da vida.

No Brasil, a prevalência média estimada de sintomatologia depressiva nos idosos é de 21%, com uma variação de 7,10% em estudo realizado no Sul do país e de 39,6%, na região Nordeste (MENEGUCI et al., 2019). Smith, Haedtke e Shibley (2015) alertam que a população idosa merece especial atenção, visto o crescente número de idosos que apresentam fatores de risco para a depressão.

No idoso, o quadro depressivo se difere de outras faixas etárias em virtude das diferenças de sintomatologia e circunstâncias específicas da idade, como, por exemplo, diminuição da resposta emocional, ausência de afeto positivo e predomínio de sintomas, como perda ou aumento de sono, perda de prazer nas atividades habituais e, principalmente, ruminções sobre o passado. Desta forma, os sintomas depressivos manifestam-se mais como queixas de sintomas somáticos, cognitivos e hipocondríacos do que de humor deprimido (SMITH; HAEDTKE; SHIBLEY, 2015; TAYLOR, 2014; UNUTZER; PARK, 2012).

A presença de sintomatologia depressiva no idoso afeta fortemente sua qualidade de vida, interferindo em sua funcionalidade física e mental, em seus relacionamentos, limitando

sua autonomia, bem como aumentando o risco de suicídio e atuando como fator de risco para o desenvolvimento de um processo demencial. Ainda, quando associadas a doenças crônicas, os sintomas depressivos podem agravar essas enfermidades, sobretudo aquelas que causam sofrimento prolongado, elevando os índices de hospitalizações e mortalidade (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007; CAVALCANTE; MINAYO; MANGAS, 2013).

3.3. Sintomas ansiosos no idoso

Os sintomas ansiosos acompanham todos os seres humanos ao longo de suas vidas, ajudando-os nos momentos em que se sentem ameaçados e atuando como mecanismos de defesa. Assim, a ansiedade é frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro (HAGGSTRAM, 2003).

Quando adentramos na idade adulta e posteriormente na velhice, estes sintomas tendem a persistir cada vez mais. É nesta fase que os medos ganham potência, e “temas” como solidão, separação, abandono, luto e morte ganham destaque. De acordo com Oliveira, Antunes e Oliveira (2017) as alterações físicas, fisiológicas e cognitivas comuns da terceira idade, podem vir concomitante às perdas sociais e afetivas. A ausência de suporte emocional devido as condições inerentes do envelhecimento pode ser propícia ao surgimento ou agravamento da ansiedade, conduzindo ao sofrimento psíquico. Para os autores, apesar de ser uma condição natural do ser humano e útil – em certo grau – para a sobrevivência, a ansiedade pode causar sérios problemas de saúde, caso alcance um nível intenso e generalizado, concomitante a sintomas extremos de tensão ou medo.

A ansiedade manifesta-se através de taquicardia, sudorese, boca seca, falta de ar, agitação, insônia, dificuldade de concentração, alterações de memória, problemas digestivos recorrentes (GRINBERG; GRINBERG, 1999; HAGGSTRAM, 2003; TERRA; SILVA; SCHIMIDT, 2007). Idosos ansiosos possuem dificuldades de concentração e problemas de memória, sendo comumente visível que a precisão de seus movimentos também se torna prejudicada (FERREIRA; LIMA; ZERBINATTI, 2012).

Os quadros ansiosos em idosos podem ser mais graves do que uma simples angústia momentânea. Em alguns casos pode se transformar num estresse contínuo, estendido a cuidadores e familiares. Quando a ansiedade se torna patológica passa a interferir negativamente na qualidade de vida do idoso, portanto, é de suma importância a mensuração e o tratamento dos sintomas ansiosos no idoso, já que os transtornos de ansiedade podem ser

considerados como uma das principais dificuldades enfrentadas por esta população (TERRA; SILVA; SCHIMIDT, 2007).

3.4.Dor no idoso

Para os idosos, esta fase de suas vidas ora significa uma benesse, ora associa-se a prejuízo. Alguns idosos apontam o envelhecimento como comprometedor da perda da capacidade funcional, principalmente quando acompanhado de dores, impedindo-os de trabalhar, dançar, brincar, relacionar-se e/ou manter laços mais fortalecidos com os amigos, como outrora (TEIXEIRA; NÉRI, 2006).

Existem vários fatores que podem fazer com que a experiência de dor crônica seja mais dolorosa no idoso, como, por exemplo, a longitudinalidade da dor, a limitação das atividades da vida diária e as comorbidades acumuladas ao longo da vida. É bastante comum também que pessoas mais idosas tenham desde algum déficit cognitivo até demências avançadas, o que dificultam a comunicação com a família e com a equipe de saúde assistente (SANTOS, 2005).

Segundo Hunt et al. (2015) estima-se que 20 a 50% dos idosos apresentam alguma queixa de dor e este número aumenta para 45 a 80% em idosos institucionalizados, podendo ser ainda maior nos hospitalizados. Ainda de acordo com os autores, mais de 50% dos idosos que apresentam sintomatologia dolorosa não recebem o cuidado adequado e mais de 25% morrem sem obter o seu controle.

Entre as principais causas de dor no idoso podemos citar as doenças osteomusculares, principalmente as degenerativas; a osteoporose, que traz as fraturas como consequência; a doença vascular periférica, neuropatias periféricas, neuralgia pós herpética, dor do membro fantasma, lombalgias, doenças neoplásicas e outras desordens musculoesqueléticas (COMISSÃO DE DOR DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2018).

Também é bastante comum encontrarmos manifestações dolorosas crônicas ocasionando outras repercussões ao idoso, como isolamento social, alterações no sono, distúrbios funcionais e risco de quedas. O idoso com dor crônica apresenta comprometimento significativo na qualidade de vida devido ao prejuízo da funcionalidade global (CARDOSO, 2009).

Ainda conforme Cardoso (2009), muitas pesquisas evidenciam que a combinação de métodos farmacológicos e não farmacológicos para manejo da dor a longo prazo proporciona um efeito analgésico muito mais eficaz do que a utilização de maneira isolada de métodos

farmacológicos. Assim sendo, o autor salienta que, o tratamento da dor crônica não deve ser concentrado exclusivamente no uso de medicações, sendo a abordagem multidisciplinar de fundamental importância para o tratamento bem sucedido.

O tratamento não farmacológico como, por exemplo, as PICS oferecem como vantagens: o baixo custo financeiro, o fato de ser não invasivo e apresentar pouco ou nenhum efeito colateral, além de poder ser utilizado de maneira coadjuvante à terapia farmacológica, contribuindo para reduzir as doses de analgésicos, e, dessa forma, reduzindo o risco de efeitos colaterais.

3.5.O Reiki como Prática Integrativa e Complementar

Estima-se que 40% dos americanos utilizam algum tipo de prática complementar, sendo pelo menos 13% práticas espirituais e 1,0% terapias baseadas em energia (LUCCHETTI et al., 2013). Nos EUA, mais de 50 hospitais e clínicas oferecem, de alguma forma, medicina baseada em energia aos seus pacientes (RINDFLEISH, 2010), sendo a maioria utilizada de forma complementar ao tratamento convencional (WARBER et al., 2004).

Em 1998, foi fundado pelo National Institute of Health (NIH) o National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) – formalmente conhecido como National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), que tem como missão definir, por meio de pesquisas científicas rigorosas, a aplicabilidade e a segurança das intervenções integrativas e complementares em saúde, e seu papel na promoção e cuidado da saúde (UNITED STATES OF AMERICA, 2015).

A classificação das práticas integrativas e complementares (PIC) proposta pelo NCCIH abrange cinco diferentes categorias: (1) terapias mente-corpo, que são técnicas que trabalham mente/corpo, como relaxamento profundo, práticas respiratórias, meditação, biofeedback, ioga, musicoterapia, oração, tai chi, Qigong, arteterapia, entre outras; (2) terapias com base biológica, que atuam com substâncias encontradas na natureza, como óleos vegetais (aromaterapia), ervas (fitoterapia), dietoterapia, entre outras; (3) terapias corporais para o tratamento físico, tais como massoterapia, terapia craniosacral, quiropraxia, entre outras; (4) terapias vibracionais, que trabalham com saúde vibracional e energética, como Reiki, toque terapêutico, healingtouch, entre outras; e (5) os sistemas medicinais da Medicina Tradicional Chinesa e a Medicina Ayurvédica (UNITED STATES OF AMERICA, 2015).

No Brasil, a fim de garantir a integralidade na atenção à saúde, o Ministério da Saúde criou no ano de 2006 a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

no Sistema Único de Saúde (SUS). As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), denominadas assim pela Portaria nº 971 do Ministério de Saúde correspondem a um conjunto de técnicas não alopáticas, as quais visam a assistência integral do indivíduo, seja na prevenção ou no tratamento, considerando-o como um todo - corpo/mente/espírito (GALLI et al., 2012). São exemplos destas práticas: Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e Termalismo Social/Crenoterapia.

Posteriormente, pela portaria nº 849 do Ministério da Saúde passaram a integrar também as práticas de Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e o Reiki (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Recentemente, em 2018, pela Portaria nº 702, acrescentaram-se no sistema: Aromaterapia, Apiterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e terapia de Florais, totalizando 29 práticas ofertadas à população (SOUZA; BARROS, 2018).

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

Para Levin e Jonas (2001), uma das principais características associadas a muitas PICS é o estímulo ao potencial de autocura dos sujeitos. Segundo Oliveira (2013), as PICS estão sendo cada vez mais buscadas pelas pessoas em diversas áreas, como, por exemplo, na oncologia, na psiquiatria, em tratamentos de sintomas como ansiedade, no tratamento da dor do membro fantasma, na imunologia, por pacientes com imunossupressão, na pneumologia, no tratamento da asma, na reumatologia, no tratamento da osteoartrite, na obstetrícia, e, até mesmo, no suporte a gestantes.

O Reiki é considerado uma terapia complementar pelo National Center of Complementary and Integrative Health (NCCIH) classificado como modalidade de medicina energética (VANDERVAART et al., 2009). No Brasil, dentre as PICS o Reiki foi identificado como a prática mais utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS). Isso se deve a inúmeros motivos, como o fato de não haver contra indicação, não necessitar de esforço físico e por representar uma prática de reestabelecimento energético de fácil e simples acesso (MOTTA; BARROS, 2015).

Estudo recente de Amarello, Castellanos e Souza (2021), que investigou, no sistema Único de Saúde, os significados da terapia Reiki, baseados nas experiências de usuários e

terapeutas reikianos, demonstraram que os significados e as experiências com o Reiki foram plurais mas convergentes como produtora de saúde, bem estar e qualidade de vida, numa visão integral do ser humano.

3.6. Reiki

O Reiki é uma prática de imposição de mãos que mantém ou recupera a saúde. Trata-se de uma técnica milenar redescoberta por Mikao Usui em 1922, no Japão (DE' CARLI, 2001).

De acordo com a história oficial do Reiki, Mikao decidiu empreender um período de jejum e meditação de 21 dias, como faziam os antigos Mestres, a fim de purificar-se para receber uma visão que esclarecesse suas dúvidas a respeito dos métodos de cura utilizados por Jesus Cristo. Mikao buscou retiro no monte Kurama, a montanha sagrada, situado ao norte de Kyoto, no Japão, e após os 21 dias de meditação, sentindo sua consciência ampliada, recebeu o Reiki (que vem de duas palavras japonesas: *Rei* = energia universal; *Ki*= energia vital da pessoa) bem como a compreensão do método e sua utilização. Naquele momento, Mikao recebia sua iniciação (DE' CARLI, 2013).

Falamos em "redescoberta" pois indícios da utilização do Reiki pelos antigos egípcios foram encontrados no Papiro Ebers, escrito por volta de 1552 a. C. Esse documento descreve o uso de tal prática no tratamento médico. Quatro séculos antes do nascimento de Cristo os gregos já utilizavam o método para curar doentes em seus templos asclepianos (GERBER, 2007). No Tibete existem registros de técnicas de cura através das mãos há mais de 8 mil anos. As técnicas de imposição de mãos parecem exibir propriedades terapêuticas e estão presentes em muitas culturas, como China, Japão, África, Índia, entre outras. Tais povos cultivam a crença de que as doenças ocorrem devido ao bloqueio do fluxo dos biocampos energéticos (OLIVEIRA, 2013).

Após redescobrir o Reiki, Mikao Usui iniciou Chujiro Hayashi no ano de 1925, como Mestre Professor. Hayashi, que era médico aposentado da marinha, levou essa terapia para sua clínica em Tóquio. Em 1939 Hayashi iniciou Hawayo Takata como Mestre Professora, que, por sua vez, trabalhou intensamente o Reiki no Hawaii, Japão e Estados Unidos, formando 22 mestres entre homens e mulheres. O ocidente veio a conhecer o Reiki em meados de 1970 e o Brasil em 1983 (DE'CARLI, 2013).

Sua prática geralmente é realizada através da imposição de mãos em determinadas posições que, de modo geral, correspondem à localização de órgãos que compõe o sistema endócrino e linfático, incluindo também a possibilidade de ser realizado à distância, sem

haver necessidade da presença física do receptor. O toque é realizado em 14 posições básicas: quatro na cabeça, quatro na frente do corpo, quatro nas costas e duas nos pés. Podendo ser aplicado também diretamente no local de alguma lesão (MILES; TRUE, 2009).

Do ponto de vista prático, a terapia Reiki é uma forma de o praticante orientar a energia para o receptor, auxiliando a energia de cura inata do receptor e facilitando a autocura. O Reikiano não causa a cura, nem é a fonte da energia, mas sim um canal para a energia, assim como uma mangueira de jardim é um canal para a água. Muitos chamam essa energia de universal, mas alguns dizem que é de Deus, Buda ou de uma fonte sagrada (RAND, 2011).

Em uma pessoa saudável, a energia vital move-se livremente pelo corpo físico, fluindo por "caminhos", nomeados chacras, que são centros energéticos. Os chacras trabalhados no método Reiki são, principalmente, sete: chakra básico, chakra umbilical, chakra do plexo solar, chakra cardíaco, chakra laríngeo, chakra frontal e chakra coronário (DE' CARLI, 2013). Eles se localizam ao longo da coluna vertebral até a cabeça. Anatomicamente, cada chakra está associado a um determinado plexo nervoso e a uma glândula endócrina (GERBER, 2007).

Na perspectiva do Reiki, o sintoma ou a doença física, nada mais são, do que a manifestação do processo de desequilíbrio energético já instalado nos corpos sutis durante anos ou décadas. Para Oliver e Norbert (2009), a influência de eventos estressantes afetam as atividades neuroendócrinas e imunológicas do organismo, levando à supressão de suas atividades fisiológicas e ao surgimento de doenças. Para os autores, pela ação da energia Reiki sobre o organismo desequilibrado, o estado "desarmonioso" pode ser levado novamente ao equilíbrio.

Desta maneira, a energia Reiki ao ser direcionada de forma ostensiva, atua harmonizando e equilibrando os chacras e, conseqüentemente, todo o corpo físico (BRENNAN, 2006). A energia Reiki dirige-se para onde a cura é necessária, cuidando do receptor de forma integral e beneficiando até mesmo o Reikiano (USUI; PETTER, 2001). Seus benefícios incluem relaxamento, diminuição do estresse, da ansiedade, alívio da dor e da confusão mental, aumento de energia vital e bem estar. Como uma vantagem importante dentre as terapias complementares, o efeito do Reiki pode ser sentido imediatamente (DE'CARLI, 2013; LOPEZ; MAO; COHEN, 2017; PEREIRA et al., 2014).

Para tornar-se um Reikiano é necessário receber a iniciação de um Mestre devidamente habilitado. O Reikiano não é criado pelo mestre, mas sim despertado, por isso denomina-se o nível 1 do método Reiki de "O despertar". Os níveis de formação do praticante de Reiki podem ser diferentes. Na escola Usui, a original, a formação do terapeuta consiste

em três níveis, sendo a prática do auto tratamento recomendável em todos eles (MILES; TRUE, 2009).

Nesta escola, o nível I ou físico, denominado “O Despertar”, possibilita que o corpo físico do praticante se torne receptivo à energia que canalizará através do chacra da coroa, tornando-se capaz de distribuí-la diretamente em si mesmo ou transferi-la para outro ser vivo por meio da imposição das mãos. No nível II, chamado de “Transformação”, o Reikiano atuará em circunstâncias emocionais e mentais. Nesta etapa, o Reikiano é sintonizado e instruído a utilizar os três símbolos sagrados do Reiki. O praticante que recebe a iniciação no Nível II precisa de muito menos tempo do que antes para realizar uma sessão completa de Reiki. Ainda há o nível III que se apresenta subdividido em nível III-A e nível III-B. No nível III-A “A realização”, o praticante é graduado como mestre interior, o que é alcançado mediante o recebimento do símbolo de mestre. Este nível permite, ao praticante, lidar com uma quantidade maior de energia, equilibrando diversas pessoas simultaneamente. Tal fato é atribuído à capacidade de potencialização desse símbolo sobre os efeitos proporcionados pelos símbolos anteriormente recebidos. O nível III-B, descrito como “Mestrado”, permite que o Reikiano ensine o Reiki. Implica, também, em um estudo metuculoso da técnica de Reiki, por parte do praticante (SALLES; SILVA, 2011).

Acredita-se que a prática do Reiki atende aos anseios de uma atuação holística, baseada na visão integral do ser humano, comumente relatada na literatura, pois agrega novas formas de cuidar às necessidades da humanidade e efetiva o dever social dos profissionais de saúde. O Reiki é, como já mencionado anteriormente, uma terapia complementar e integrativa. Isso significa que ele não pretende, de forma alguma, substituir a medicina. Tudo o que este método pode fazer é auxiliar no processo de cura, aliviando as dores e facilitando o funcionamento natural do corpo.

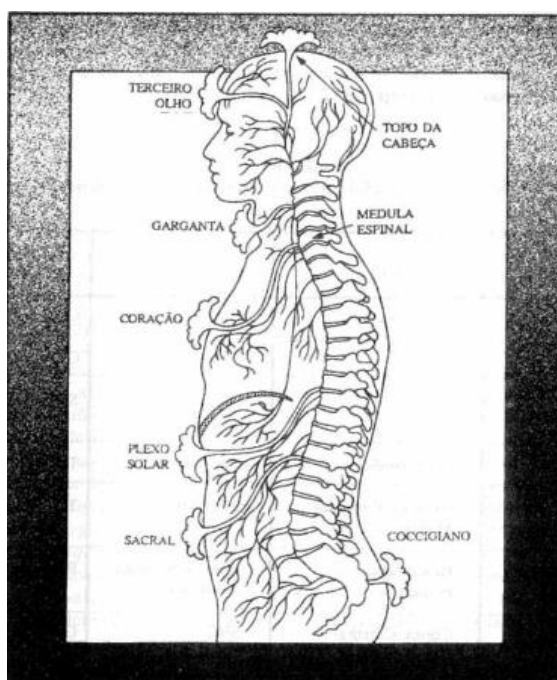
3.7. O sistema de Chacras

Segundo De’Carli (2001), a palavra chacra é sânscrita e significa roda. Os chacras são considerados no Oriente como cones de energia que giram e que se localizam nos centros energéticos (meridianos). Quando nascemos todos os chacras estão perfeitamente alinhados. Em virtude de excessos físicos, emocionas e mentais, ocorrem bloqueios energéticos que impedem o fluxo de energia vital, gerando disfunção nos órgãos do corpo. A localização dos chacras corresponde à localização das glândulas endócrinas e, por sua vez, o sistema endócrino controla o equilíbrio hormonal do corpo, possuindo um efeito direto sobre as emoções (STEIN, 2003).

Encontramos uma vasta literatura a respeito de teorias orientais sobre os chacras que são, na verdade, a base do trabalho científico de terapeutas e pesquisadores ocidentais. Os escritos antigos mencionam aproximadamente 88 mil chacras, isso significa que não existe, no corpo humano, praticamente um único ponto que não seja sensível energeticamente. Os chacras trabalhados no método Reiki são, principalmente, sete (OLIVEIRA, 2013).

No oriente, onde se conhecem os chacras desde a antiguidade, dão-lhe nomes exóticos. No ocidente referimo-nos a eles pela numeração ordinal e pelo nome do seu centro físico de localização no corpo humano (DE'CARLI, 2013). Os chacras estão situados numa linha vertical que sobe da base da espinha até a cabeça.

Figura 1 - Os sete chacras e os plexos do sistema nervoso



Fonte: Medicina Vibracional - Gerber (2007, p. 105).

O primeiro Chakra ou Chakra coccigiano situa-se na base da coluna vertebral. Está associado às glândulas supra renais, que produzem a adrenalina, tendo a função de prover a circulação, equilibrar a temperatura do corpo, preparando-o para reações imediatas. No emocional, este chakra reflete o grau com que nos sentimos conectados à terra ou com que executamos nossas atividades mantendo os pés no chão. O segundo Chakra ou Chakra Umbilical (ou, ainda, sacral) é a sede energética da sexualidade. Situa-se logo abaixo do umbigo e está associado às gônadas e aos órgãos reprodutores. No emocional, é o chakra relacionado com a busca criativa, atração sexual, amor pela vida, abertura para coisas novas. O terceiro Chakra ou Chakra do Plexo Solar localiza-se na região do diafragma, um pouco

acima do estômago e corresponde aos órgãos envolvidos nos processo de digestão dos alimentos - estômago, pâncreas, vesícula, fígado e baço. Está associado ao poder pessoal do indivíduo, modo como ele vê a si mesmo e o modo como se relaciona com os outros. O quarto Chakra é talvez um dos chacras mais importantes, pois é o chakra que está no meio, sendo uma ponte de transferência entre os chacras inferiores e superiores. É conhecido como centro cardíaco, corresponde ao timo e representa o amor incondicional por tudo e por todos. O quinto Chakra ou Chakra Laríngeo localiza-se no meio da garganta, próximo à região do pomo de Adão e está diretamente relacionado com a tireóide. No domínio emocional, este chakra representa a capacidade de comunicação, criatividade, disposição de receber e assimilar. O sexto Chakra ou Chakra Frontal localiza-se no meio da testa, entre as sobrancelhas. Muitas vezes chamado de "terceiro olho", é o chakra dos sentidos, representa a intuição. Fisicamente está associado à glândula pineal e à hipófise. O sétimo Chakra ou Chakra Coronário está situado no topo da cabeça, representa a busca espiritual. Está intimamente ligado à glândula pituitária (DE' CARLI, 2013; GERBER, 2007).

Richard Gerber (2007), um médico estadunidense, discorre que informações provenientes de vários textos antigos da literatura iogue indiana falam a respeito da existência dos chacras. Os cientistas ocidentais recentemente voltaram suas atenções para a compreensão e a validação dessas estruturas até então não reconhecidas. No passado, os chacras foram ignorados pelos cientistas ocidentais, porém, atualmente, a existência dos chacras e dos meridianos acupunturais foi finalmente confirmada, graças ao desenvolvimento de tecnologias de energia sutil capazes de detectar sua presença e mensurar suas funções.

Pesquisas realizadas pelo Dr. Hiroshi Motoyama, do Japão, produziram resultados experimentais que tendem a confirmar a presença do sistema de chacras nos seres humanos. Acredita-se que os chacras sejam transformadores de energia. Assim, a energia pode fluir através dos chacras em duas direções diferentes: isto é, do ambiente energético sutil para dentro do corpo, e vice-versa, do interior do corpo para o exterior. Esta última capacidade parece ser uma propriedade do nível de ativação dos chacras. A capacidade de ativar e de transmitir energia através dos chacras é um reflexo de um nível razoavelmente avançado de desenvolvimento de consciência e concentração por parte do indivíduo (GERBER, 2007).

Motoyama construiu uma cabine registradora especial, feita com fios de chumbo, cujo interior estava protegido das perturbações eletromagnéticas externas. Dentro da cabine havia um eletrodo móvel de cobre que era posicionado no lado oposto ao dos diversos chacras do indivíduo que estava sendo testado. O eletrodo media a intensidade do campo bioelétrico humano a uma determinada distância da superfície do corpo. Ao longo do tempo, Motoyama

efetuou múltiplos registros elétricos dos chacras de diversos indivíduos. Muitos dos indivíduos testados eram praticantes avançados de meditação e pessoas que já haviam tido experiências psíquicas. Quando o eletrodo era colocado diante de um chacra que o indivíduo afirmava ter sido estimulado (geralmente através de anos de meditação), a amplitude e a frequência do campo elétrico sobre o referido chacra eram significativamente maiores que os valores registrados nos chacras dos indivíduos no grupo controle. Motoyama descobriu que certas pessoas tinham a capacidade de emitir energia conscientemente através de seus chacras. Quando o faziam, Motoyama podia detectar significativas perturbações do campo elétrico, que emanavam a partir dos chacras ativados. Ao longo de diversos anos de experimentos, esse fenômeno manifestou-se diversas vezes no laboratório de Motoyama (GERBER, 2007).

Os dados provenientes do experimento realizado por Motoyama parecem confirmar a existência do sistema de chacras.

3.8. Benefícios do Reiki

Diversos estudos têm demonstrado os benefícios do Reiki como técnica complementar às terapias convencionais, demonstrando resultados promissores como, por exemplo, no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer (CRAWFORD; LEAVER; MAHONEY, 2006), no manejo da dor e da ansiedade em mulheres histerectomizadas (VITALE; O'CONNOR, 2006), no tratamento da epilepsia (RICCOTI; DELANTY, 2006), no manejo do estresse (SATYA, 2001), em procedimentos pós-operatórios (ALANDYDY; ALANDYDY, 1999) e também, em pacientes com câncer, sendo aplicado como adjuvante na terapia de opióides no manejo da dor (ULVESTAD, 2012).

Pesquisa exploratória realizada no ano de 2014 analisou os benefícios vivenciados com a prática do Reiki em idosos com dor crônica, utilizando como instrumento uma entrevista semiestruturada com questões direcionadas à temática do Reiki e a Escala Verbal de dor e encontrou como resultado a melhora significativa das queixas de dor, após cinco sessões consecutivas de Reiki (FREITAG et al., 2014).

Um estudo americano realizado com vinte idosos teve por objetivo avaliar os efeitos do Reiki nos níveis de dor, depressão e/ou ansiedade. Foram constatadas diferenças significativas em termos de dor, depressão e ansiedade, não sendo observadas alterações na frequência cardíaca e pressão arterial. Os idosos referiram relaxamento e bem-estar, além de maior autocuidado e desejo de aprender mais (RICHESON et al., 2010).

Fleisher et al. (2014) analisou os resultados da aplicação de Reiki em pacientes de um centro de oncologia médica. Os dados qualitativos foram obtidos a partir de respostas escritas às perguntas feitas após cada sessão de Reiki. Os resultados indicaram uma diminuição de mais de 50% do sofrimento caracterizado pela ansiedade, depressão, dor e fadiga. Ainda, 82,6% dos participantes relataram ter gostado da sessão de Reiki, 82,6% acharam a sessão de Reiki útil, 73,7% relataram o desejo em continuar usando o Reiki e 82,2% recomendariam o Reiki para outras pessoas.

Como uma vantagem importante dentre as terapias complementares, o efeito da prática do Reiki pode ser sentido imediatamente. Estudo randomizado duplo cego realizado com dezoito enfermeiras com síndrome de Burnout, constatou que uma única sessão de Reiki pode melhorar de forma imediata a função imunológica (IgAs) e a pressão arterial diastólica, ou seja, os dados encontrados suportam a ideia de que uma sessão breve, mas eficaz, de Reiki pode aliviar significativamente os efeitos negativos do estresse ocupacional (DIAZ-RODRÍGUEZ et al., 2011).

Pesquisador brasileiro investigou os efeitos da imposição de mãos sobre camundongos, mensurando parâmetros hematológicos e imunológicos. Os resultados dessa pesquisa demonstraram que nos animais que receberam a imposição de mãos houve uma redução significativa do número de plaquetas e elevação da atividade citotóxica de células não aderentes com atividade das células Natural-Killer. Os grupos controle e placebo não mostraram qualquer alteração (OLIVEIRA, 2003).

O mesmo autor investigou se a terapia Reiki poderia produzir alterações psicofisiológicas em idosos com sintomas de estresse. Mensurou-se em um grupo de voluntários que receberam Reiki e em um grupo que recebeu um tratamento placebo, respostas psicológicas como níveis de estresse, ansiedade, depressão, percepções de tensão, bem-estar e qualidade de vida, além de respostas fisiológicas como temperatura periférica, tensão muscular e condutância elétrica da pele. O conjunto de resultados obtidos sugeriu que o método Reiki produz alterações psicofisiológicas em idosos, compatíveis com uma redução significativa de estresse, confirmando que esta método pode ser utilizado não apenas como recurso terapêutico mas, sobretudo preventivo (OLIVEIRA, 2013).

Outro recente estudo realizado por Notte, Fazzini e Mooney (2016) objetivou determinar o impacto da terapia de Reiki na percepção da dor de pacientes submetidos a artroplastia total de joelho após sessões de Reiki, satisfação com a terapia de Reiki, satisfação com a experiência hospitalar geral e uso de medicação para dor seguindo cirurgia. Os resultados demonstraram que todas as sessões de terapia de Reiki resultaram em reduções

estatisticamente significativas na dor, exceto aquelas sessões na unidade de cuidados pós-anestesia. Os indivíduos que receberam Reiki responderam positivamente aos questionários preenchidos no dia da alta. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no uso de medicação para dor. O Reiki foi considerado um componente efetivo no tratamento da dor pós-operatória dos pacientes cirúrgicos.

Midilli e Eser (2015) investigaram o efeito do Reiki na dor e na ansiedade em mulheres que haviam sido submetidas à cesárea. No trabalho realizado no ano de 2015, os autores randomizaram 60 mulheres em dois grupos, experimental (n=30) e controle (n=30). O grupo experimental recebeu Reiki por 30 minutos. Enquanto o grupo controle recebeu um descanso por 30 minutos. Os resultados mostraram que o Reiki reduziu a intensidade da dor e os níveis de ansiedade, bem como a necessidade de analgésicos.

Um dado interessante revelado pelo estudo de Meland (2009) que avaliou os efeitos do Reiki na dor e na ansiedade em idosos com demência foi o fato de funcionários e cuidadores também se beneficiarem com o Reiki, uma vez que ao sentirem menos dor, os idosos do Great Opportunities Adult Day Services nos EUA, se sentiram mais dispostos a participar de atividades em grupo e seus familiares os percebiam menos ansiosos, deprimidos e irritáveis e, conseqüentemente, demandavam menos. Isto evidencia que o participante é o principal beneficiado, no entanto, toda a rede de apoio também se beneficia.

De acordo com a literatura, os estudos demonstram que o Reiki não tem efeitos colaterais e é altamente apreciada por todos os pacientes. Ele pode tornar a permanência do paciente no hospital mais aceitável, transformando o tempo de espera normalmente estressante em uma oportunidade de obter relaxamento e bem-estar (HULSE; STUART-SHOR; RUSSO, 2010).

Wardell e Engebretson (2001) avaliaram o efeito do Reiki em pessoas saudáveis. Mensurou-se os níveis de Imunoglobulina A (IgA), cortisol, pressão sanguínea, tensão muscular, temperatura e condutância da pele, além da avaliação do estado de ansiedade através da aplicação de testes psicológicos. Os dados foram coletados antes, durante e imediatamente após as sessões. Os resultados demonstraram importante elevação dos níveis de IgA, queda na pressão sanguínea sistólica e redução significativa dos níveis de ansiedade.

Miles (2003) realizou um estudo usando o Reiki com o objetivo de diminuir a dor e a ansiedade de doentes com AIDS. Muitos doentes foram motivados pela ideia de que a redução do estresse contribui para melhoras defesas imunológicas. Utilizou-se a escala STAI (State Trait Anxiety Inventory) para avaliar o grau de ansiedade e a escala VAS (Visual Analog

Scale) para medir a dor dos pacientes antes e depois de uma breve (20 minutos) aplicação de Reiki. Tanto a ansiedade como a dor diminuíram em mais de 35%.

Friedman et al. (2010) descreveu a ação do Reiki em pacientes hospitalizados após síndrome coronariana aguda, demonstrando elevação da atividade parassimpática e melhora do estado emocional. Num estudo duplo-cego e randomizado de Bowden, Goddard e Gruzelier (2010) foi examinado o impacto do Reiki sobre a ansiedade/depressão em 40 estudantes universitários. Os participantes experimentaram seis sessões de 30 minutos durante um período de duas a oito semanas. Os participantes com alta ansiedade e ou depressão que receberam Reiki mostraram uma melhora progressiva do estado de espírito geral, que foi significativamente melhor em cinco semanas de seguimento, enquanto nenhuma alteração foi observada nos controles o que sugere que o Reiki pode beneficiar humor.

Dyer, Baldwin e Rain (2019), desenvolveram um estudo com o objetivo de medir o efeito do Reiki em uma única sessão na saúde física e psicológica em uma grande amostra de praticantes de Reiki e encontraram resultados positivos, estatisticamente significativos nos aspectos psicológicos como afeto positivo e nos físicos como dor, sonolência, cansaço, náusea, apetite, falta de ar, ansiedade, depressão e bem-estar geral, concluindo que o Reiki melhora a saúde física e psicológica.

Estudo efetuado por Erdogan e Cinar (2016) avaliou o efeito do Reiki sobre a depressão de 170 idosos que vivem em lares de idosos. Noventa idosos foram separados em 3 grupos utilizando o método de amostragem aleatória: 30 no grupo de Reiki, 30 no grupo de Reiki simulado e 30 no grupo controle. Os dados foram coletados usando a Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Houve uma diminuição significativa no índice de depressão do grupo Reiki, maior que nos outros grupos, indicando que o Reiki pode ser eficaz para reduzir a depressão em pessoas idosas que vivem em lares de idosos.

Outros estudos também relataram redução de sintomas de ansiedade e fadiga registradas em pacientes em tratamento quimioterápico (POST-WHITE et al., 2003), redução dos níveis de ansiedade em mulheres grávidas com dependência química (LARDEN; PALMER; JANSSEN, 2004) e redução de sintomas de estresse (CUNEO et al., 2011). Os estudos revisados demonstraram a eficácia da técnica além de vantagens como o baixo custo e a facilidade de aplicação, dispensando recursos tecnológicos.

4. JUSTIFICATIVA

4. JUSTIFICATIVA

É evidente o crescente aumento da expectativa de vida, demonstrado pelos dados de diversos órgãos governamentais de vários países. No entanto, o grande problema encontrado é a ausência de uma adequada infraestrutura econômica, social e de saúde para atender os idosos, que acabam tendo que conviver com uma infinidade de agentes estressores ao invés de uma vida plena e com qualidade.

Desta maneira, evidencia-se a necessidade de práticas de cuidado baseados em evidências, uma vez que esta população apresenta altos níveis de sintomatologia depressiva, ansiedade e dor, tendo uma maior prevalência de condições médicas e problemas físicos, e assim o maior uso de medicações.

Evidências da literatura apontam que o uso das PICS são efetivas no manejo dos sintomas decorrentes do envelhecimento, além do uso ser seguro, quando aplicadas por profissionais experientes e com conhecimento científico adequado, e consistem de um recurso de baixo custo.

Acredita-se que a prática do Reiki atende aos anseios de uma atuação holística, baseada na visão integral do ser humano, comumente relatada na literatura, pois agrega novas formas de cuidar às necessidades da humanidade e efetiva o dever social dos profissionais de saúde. Por ser uma possibilidade de cuidado simples, segura, não invasiva e sem restrições, espera-se que a prática do Reiki possa contribuir no alívio da dor e da redução dos sintomas depressivos e da ansiedade na população idosa.

A realização do presente estudo se justifica pela necessidade de construção de conhecimento a cerca desta modalidade terapêutica complementar - Reiki, cada vez mais procurada e utilizada no cuidado, de maneira a contribuir com informações a respeito de sua efetividade e segurança, além de beneficiar os idosos na redução dos sintomas depressivos, da ansiedade e da dor.

5. OBJETIVOS

5. OBJETIVOS

A questão norteadora para a condução do estudo foi: "a prática Integrativa e Complementar - Reiki é eficaz no alívio da dor e na redução dos níveis de ansiedade e sintomas depressivos em idosos?"

5.1 Objetivo Geral

Investigar se a prática do Reiki é capaz de aliviar a dor e reduzir a ansiedade e os sintomas depressivos em uma população idosa após quatro sessões.

5.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os idosos que realizaram o tratamento com o Reiki em relação aos aspectos sociodemográficos e clínico-terapêuticos;
- Analisar os níveis de ansiedade, sintomas depressivos e dor no início do tratamento;
- Analisar os níveis de ansiedade, sintomas depressivos e dor no final do tratamento, ou seja, após quatro sessões;
- Analisar as diferenças nos níveis de ansiedade, sintomas depressivos e dor no início e ao final do tratamento.

6. MATERIAIS E MÉTODO

6. MATERIAIS E MÉTODO

6.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quase experimental, de grupo único, corte longitudinal e prospectivo, com avaliação antes e após a intervenção. O modelo quase experimental também chamado de ensaio clínico ou de testes controlados não randomizados envolve uma intervenção, porém, estes modelos não incluem a randomização dos participantes (POLIT; BECK, 2011).

6.2. Local do estudo

O estudo foi realizado no Centro Educativo e de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão da EERP/USP, localizado na rua Pedreira de Freitas, número 05 no campus da USP Ribeirão Preto. O espaço conta com uma sala para recepcionar os participantes, cinco salas, uma copa e dois banheiros. As aplicações ocorreram na última sala, ao final do corredor, a fim de garantir o silêncio para a intervenção. O local era bem amplo e continha uma maca com escada auxiliar, duas cadeiras com uma mesinha de apoio no canto, uma janela que dava para a mata e um ar condicionado.

6.3 Amostra

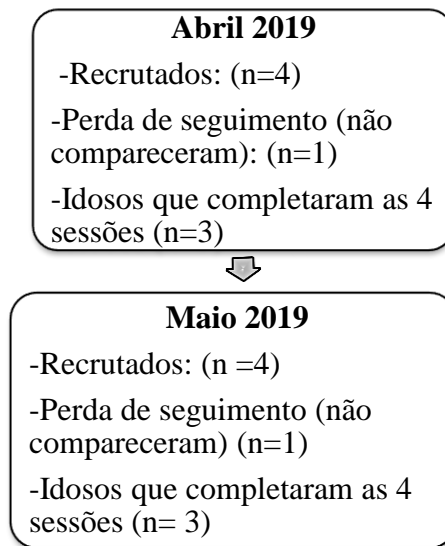
A amostra definida foi não probabilística, de conveniência. Para o recrutamento o convite foi feito pessoalmente pela própria pesquisadora aos participantes do grupo de pesquisa em gerontologia da EERP-USP, bem como divulgado no site da Escola de Enfermagem e realizado via telefone por dois graduandos membros do nosso grupo de pesquisa, treinados para a realização desta atividade.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), preenchimento da ficha de identificação (APÊNDICE 2) e avaliação do estado cognitivo, os idosos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão que estabeleciam que os voluntários, de ambos os sexos, deveriam ter idade igual ou superior a 60 anos, disponibilidade para comparecer ao Centro Educativo e de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão da EERP/USP durante quatro semanas consecutivas e saber ler e escrever. Enquanto que os critérios de exclusão estabeleciam que seriam excluídos os idosos que errarem ou não souberem informar mais de duas questões adaptadas do instrumento elaborado por Pfeiffer (1975), que é um breve questionário de avaliação do estado mental em geriatria e inclui perguntas simples como dia da semana, data do presente dia, idade e nome do local que estamos. Consideramos como critério de descontinuidade do tratamento: ausência às sessões por qualquer motivo apresentado.

O fluxograma do processo de recrutamento e acompanhamento da amostra do estudo pode ser visualizado na **Figura 2**.

Figura 2- Fluxograma de recrutamento e acompanhamento dos idosos





Inicialmente foram recrutados seis idosos no mês de outubro/2018, no entanto, ocorreu uma desistência na segunda sessão de Reiki, totalizando cinco participantes ao final deste mês.

Já no mês de novembro/2018 recrutamos sete idosos, houve uma desistência na terceira sessão, totalizando assim seis participantes.

No mês de dezembro/2018 novamente recrutamos sete idosos, desta vez com duas desistências. Desta maneira, finalizaram as intervenções apenas cinco idosos.

Em janeiro não houve coleta de dados devido ao período de férias.

No mês de fevereiro/2019 o grupo foi composto por quatro participantes, sendo que todos os quatro idosos finalizaram as quatro sessões.

No mês de março/2019 foram recrutados seis idosos, sendo que dois desistiram do estudo, totalizando assim, quatro idosos ao final do mês.

No mês de abril/2019 recrutamos quatro idosos, apenas um deles desistiu. Desta maneira, três idosos enceraram as quatro sessões de Reiki.

No mês de maio/2019 foram recrutados quatro idosos, obtivemos uma desistência, totalizando três participantes neste mês de intervenção.

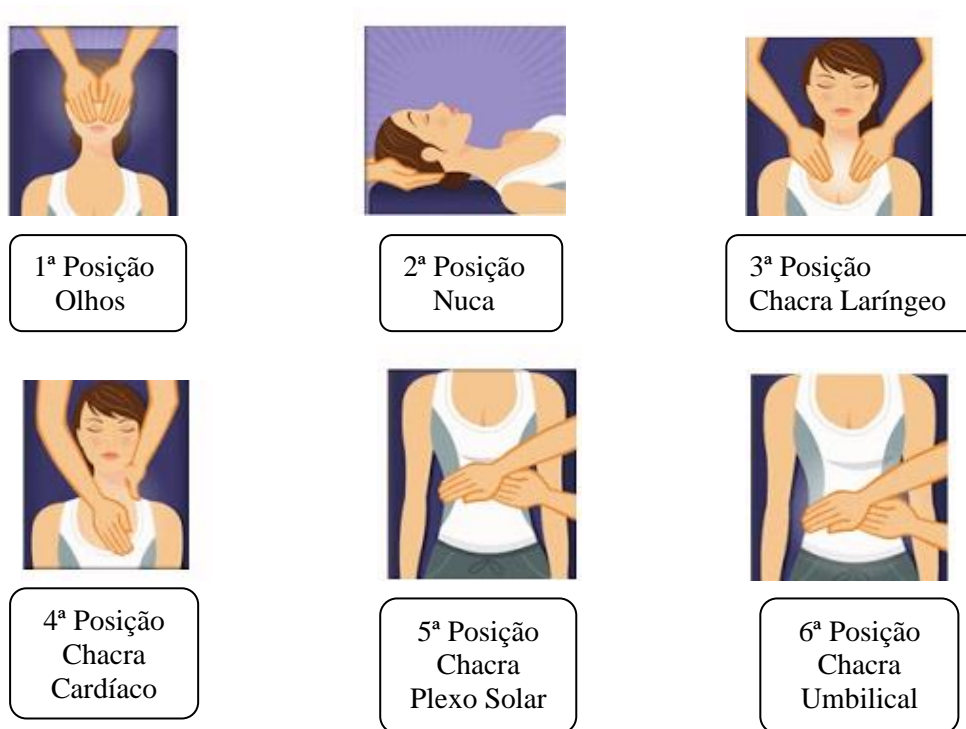
Ao decorrer da coleta de dados, oito participantes desistiram da participação na pesquisa. Todos alegaram questões pessoais e problemas de horário como motivo para a saída do estudo. Assim, completaram todas as fases do estudo 30 voluntários, sendo 27 mulheres e 3 homens, com idade média de 68,9 anos.

6.4. Procedimento

As sessões de Reiki ocorreram semanalmente, no mesmo dia da semana (segunda-feira), por quatro semanas consecutivas. Cada sessão contou com a duração de 12 minutos e foi aplicada individualmente pela própria pesquisadora, a qual é Terapeuta Reikiana certificada, nível 3-A.

O protocolo de Reiki consistiu na imposição das mãos durante 2 minutos sobre cada uma das seis regiões: olhos, região occipital, região laríngea, região cardíaca, região epigástrica e região umbilical. As posições utilizadas no tratamento com o Reiki podem ser visualizadas na **Figura 3**.

Figura 3 - Posições de Reiki utilizadas nos participantes deste estudo



Fonte: elaborado pela própria autora.

A escolha destas áreas específicas se deve ao fato de que o tratamento Reiki baseia-se na imposição das mãos em posições que correspondem aos principais chacras, que por sua vez, correspondem à localização de órgãos que compõe o sistema endócrino e linfático. O médico Chujiro Hayashi sistematizou o método, criando posições padronizadas para aplicação de energia Reiki em sua clínica em Tóquio. Essas posições visam trabalhar todos os principais

órgãos e glândulas do sistema endócrino, que por sua vez, estão ligados aos sete principais chacras (DE'CARLI, 2013).

Os participantes permaneceram deitados sobre uma maca em decúbito dorsal, com os olhos fechados, em ambiente silencioso com luminosidade e temperatura controladas. As posições foram as mesmas em todas as sessões e para todos os sujeitos.

Os atendimentos foram realizados em uma sala reservada do Centro Educativo e de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Extensão da EERP/USP, com menor fluxo de pessoas, onde o sigilo pôde ser mantido, com materiais disponíveis para aplicações das sessões de Reiki como maca, escada auxiliar para a maca e lençóis descartáveis.

6.5. Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de outubro de 2018 à maio de 2019 e foi realizada por meio de cinco instrumentos:

Inicialmente para detectarmos os idosos com condições cognitivas para responder os questionários, quatro questões adaptadas do instrumento elaborado por Pfeiffer (1975) foram utilizadas. São elas: “Em que dia da semana estamos?”, “Qual o nome do local que estamos nesse momento?”, “Qual a sua idade?”, “Qual a data de hoje?” (ANEXO A).

O segundo instrumento aplicado foi a ficha de identificação dos participantes respondido no primeiro atendimento. Deste questionário constaram as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, situação profissional, escolaridade, religião e cidade.

O terceiro instrumento foi o Inventário de Depressão de Beck (BDI- II) (ANEXO B), uma das ferramentas mais utilizadas para avaliar a intensidade de sintomas depressivos na população idosa (ARGIMON et al., 2016). Publicado em 1996 e adaptado em 2011, o Inventário de Depressão de Beck II (BDI - II) é um instrumento de avaliação consolidado no meio científico internacional, composto por 21 itens cujo objetivo é medir a presença e gravidade de sintomas depressivos, em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade, tanto da população clínica como da população geral. Sua aplicação pode ser individual ou coletiva.

Nos últimos 35 anos, tornou-se um dos instrumentos mais aceitos para avaliar a intensidade da sintomatologia depressiva em pacientes diagnosticados e para detectar casos prováveis de depressão em populações normais. Os itens do BDI-II foram baseados nas afirmações descritivas típicas dos sintomas que eram frequentemente relatados por pacientes psiquiátricos com depressão, e somente às vezes, por pacientes psiquiátricos sem depressão. Estes itens são: (1) Tristeza, (2) Pessimismo, (3) Fracasso Passado, (4) Perda de prazer, (5) Sentimentos de Culpa, (6) Sentimentos de Punição, (7) Autoestima, (8) Autocritica, (9)

Pensamentos ou desejos suicidas, (10) Choro, (11) Agitação, (12) Perda de interesse, (13) Indecisão, (14) Desvalorização, (15) Falta de energia (16) Alterações do Padrão de Sono, (17) Irritabilidade (18) Alterações apetite, (19) Dificuldade de Concentração, (20) Cansaço ou Fadiga e (21) Perda da Interesse por Sexo. Cada item comporta quatro alternativas que variam quanto à intensidade (0 a 3), cabendo ao participante indicar qual das quatro afirmações melhor descreve os seus sintomas.

O escore total é obtido mediante o somatório dos 21 itens e permite classificar a depressão em níveis de intensidade: mínima, leve, moderada e severa (BECK; STEER; BROWN, 1996; GORENSTEIN et al., 2011). A cotação máxima corresponde a 63 pontos e a mínima a zero. A nova versão é capaz de avaliar a sintomatologia depressiva em idosos de forma mais fidedigna, considerando as condições inerentes a essa fase do ciclo vital (ARGIMON et al., 2016).

O instrumento foi projetado originalmente para ser utilizado como uma ferramenta de rastreamento para detectar depressão, sem que o diagnóstico clínico de depressão seja afirmado. Por ser um dos instrumentos mais utilizados para medir a gravidade de episódios depressivos optou-se pela aplicação deste teste nesta pesquisa.

O quarto instrumento foi Inventário de Ansiedade de Beck (BAI: Beck Anxiety Inventory) (ANEXO C) criado por Beck et al. (1988) e validado para o Brasil por Cunha (2001), também é uma escala de autoavaliação, que mede a intensidade dos sintomas de ansiedade (fisiológicos e psicológicos) do indivíduo por meio de 21 itens numa escala de 4 pontos: 1) "Absolutamente não"; 2) "Levemente: não me incomodou muito; 3) Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar" e 4) Gravemente: dificilmente pude suportar. O escore total permite a classificação em níveis de intensidade de ansiedade: mínima, leve, moderada e grave. A cotação máxima corresponde a 63 pontos e a mínima a zero, pois ainda que as alternativas de respostas oferecidas sejam de caráter qualitativo, na realidade constituem uma série escalar de 0 a 3 pontos (CUNHA, 2001).

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) foi construído com base em vários instrumentos de autoavaliação utilizados dos no Center for Cognitive Therapy (CCT) da Universidade de Pennsylvania, na Philadelphia, Estados Unidos, para medir aspectos da ansiedade, dos quais foram selecionados os itens que passaram a compor o inventário (BECK; STEER; BROWN, 1996)

Os itens incluídos por Beck são os seguintes: 1) Dormência ou formigamento; 2) Sensação de calor; 3) Tremores nas pernas; 4) Incapaz de relaxar; 5) Medo de que aconteça o pior; 6) Atordoado ou tonto; 7) Palpitação ou aceleração do coração; 8) Sem equilíbrio; 9)

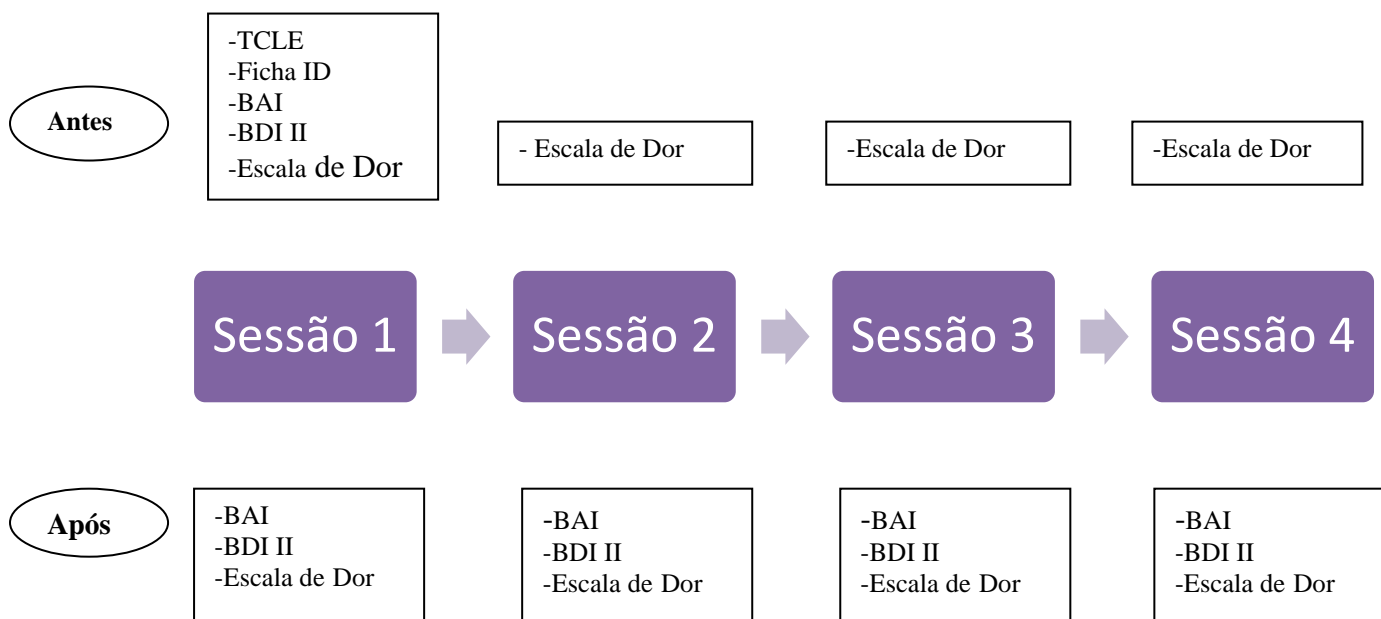
Aterrorizado; 10) Nervoso; 11) Sensação de sufocação; 12) Tremores nas mãos; 13) Trêmulo; 14) Medo de perder o controle; 15) Dificuldade para respirar; 16) Medo de morrer; 17) Assustado; 18) Indigestão ou desconforto no abdômen; 19) Sensação de desmaio; 20) Rosto afogueado e 21) Suor (não devido ao calor) (CUNHA, 2001).

Por fim, o quinto instrumento, foi a escala numérica com faces para a verificação da intensidade da dor caracterizada por uma régua de 10 cm, numerada de 0 a 10, com faces de diferentes expressões como indicadores de parâmetros comportamentais para aferir a intensidade da dor sentida. Sua aplicação consiste em solicitar ao participante que indique a intensidade de sua dor no momento presente. Quanto maior o valor, maior o nível de dor.

As escalas de dor são maneiras simples de avaliar a magnitude da intensidade dolorosa. Dentre essas medidas encontram-se as escalas de descritores numéricos verbais ou visuais (quantificam a dimensão sensorial da dor), que possuem a vantagem de serem fáceis e de rápida aplicação (PINTO et al., 2015).

Os instrumentos da coleta de dados foram aplicados por dois alunos de Enfermagem treinados para a realização desta atividade. Os itens das escalas foram lidos pelos graduandos para que fossem respondidos pelos participantes do estudo. As escalas de ansiedade e depressão foram aplicadas antes do início das intervenções e imediatamente após cada uma das quatro sessões e a escala numérica com faces foi aplicada antes e imediatamente após cada uma das sessões. A **Figura 4** demonstra as etapas da coleta.

Figura 4 - Etapas da aplicação dos instrumentos



6.6. Análise estatística dos dados

A estatística descritiva foi utilizada para explorar e resumir os dados coletados. As variáveis quantitativas foram apresentadas em média, desvio padrão (DP), mínimo e máximo. Já as variáveis qualitativas foram resumidas em frequências absolutas e relativas. A normalidade dos dados foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Os dados que apresentaram distribuições não paramétricas foram transformados em distribuições normais pela função logarítmica. Para comparar os níveis de ansiedade e sintomas depressivos nas quatro sessões de Reiki, aplicou-se o teste de ANOVA com o post-hoc de Tukey. Para comparar os níveis de dor ao longo das quatro sessões de Reiki (T1 a T4) e nos dois momentos de avaliação (pré e pós) foi utilizada a ANOVA Two-Way. O nível de significância de 0,05 foi adotado. Todas as análises foram realizadas no programa IBM SPSS Statistics 20.0.

6.7. Aspectos éticos

A pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), respeitando a Resolução CNS 466/12, onde todos os participantes assinam o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, ficando uma via com o pesquisador e outra com o participante, no dia 13 de junho de 2018 (n° 132/2018).

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 30 idosos, cuja faixa etária variou entre 60 e 84 anos (DP = 6,4). A **Tabela 1** apresenta as características sociodemográficas dos participantes.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo

Variável	Classificação	f	%
Sexo	Masculino	3	10,0
	Feminino	27	90,0
Estado civil	Solteiro (a)	7	23,3
	Casado (a)	14	46,7
	Separado (a)	4	13,3
	Viúvo (a)	5	16,7
Situação profissional	Ativo	1	3,3
	Aposentado	23	76,7
	Aposentado + trabalho	2	6,7
	Do Lar	4	13,3
	Desempregado	0	0,0
	Afastado	0	0,0
Cidade	Ribeirão Preto	29	96,7
	Região de São Paulo	1	3,3
	Outro	0	0,0
Escolaridade	Fundamental	7	23,3
	Médio	11	36,7
	Superior	12	40,0

continua

		conclusão	
Religião	Católico (a)	22	73,3
	Evangélico(a)	1	3,3
	Espírita	5	16,7
	Budista	1	3,3
	Testemunha de Jeová	0	0,0
	Umbandista	0	0,0
	Nenhuma	1	3,3
	Outro	0	0,0

De acordo com a **Tabela 1**, observa-se que 27 (90 %) são do sexo feminino e 3 (10%) são do sexo masculino. O estado civil dos participantes foi representado com maior percentual de casado, sendo 14 (46,7%); solteiro, 7 (23,3%); viúvo 5 (16,7%) e por fim, separado 4(13,3%). Considerando a situação profissional dos participantes, 23 idosos (76,7%) alegaram ser aposentados, 2 (6,7%) são aposentados, porém continuam trabalhando, 4 (13,3) são do lar e 1 (3,3%) é ativo. Sobre o grau de escolaridade, a predominância foi idosos que tinham nível superior, sendo 12 (40%); em seguida, nível médio 11 (36,7%) e fundamental 7 (23,3%). Em relação à religião identificou-se que 22 participantes (73,3%) são católicos, 5 (16,7%) são espírita, 1 (3,3%) é evangélico, 1 (3,3%) é budista e 1 (3,3%) alegou não seguir nenhuma religião, apesar de acreditar em Deus.

6.2 Níveis de Ansiedade

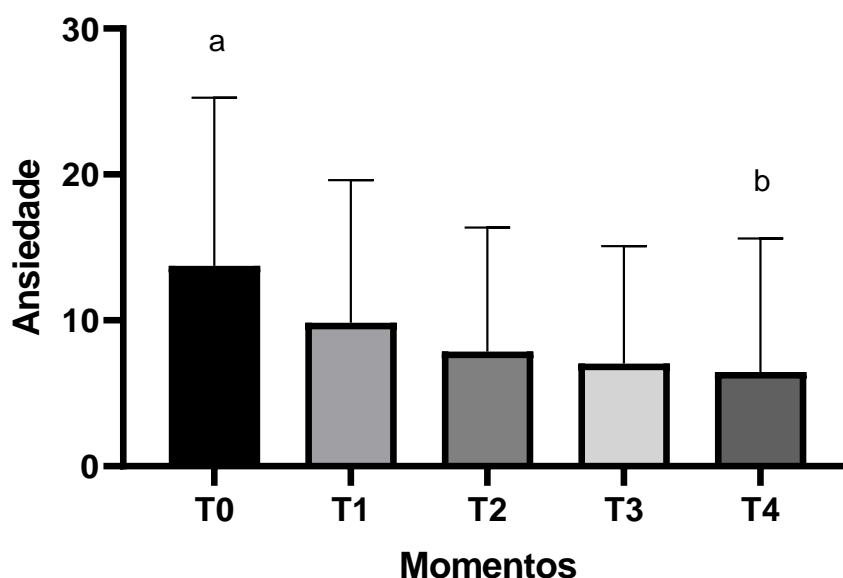
A **Tabela 2** e a **Figura 5** apresentam os níveis de Ansiedade ao longo das quatro sessões de Reiki. Ao final do experimento os participantes apresentaram uma redução estatisticamente significativa dos níveis de ansiedade em comparação aos níveis detectados na primeira sessão da intervenção.

Tabela 2 - Níveis de ansiedade ao longo das quatro sessões de Reiki

Ansiedade	T0	T1	T2	T3	T4	P-valor
Média	13,7 ^a	9,8	7,8	7,0	6,4 ^b	<0,001
Desvio Padrão	11,5	9,7	8,5	8,0	9,1	
Mínimo	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Máximo	51,0	36,0	33,0	36,0	36,0	

Nota: Dados apresentados em média (desvio padrão). ^a diferença estatisticamente significativa em relação a todos os momentos de avaliação (T1, T2, T3 e T4). ^b diferença estatisticamente significativa em relação ao momento T1. ^c diferença estatisticamente significativa em relação ao momento T2.

Figura 5 - Níveis de ansiedade ao longo das quatro sessões de Reiki



Nota: Dados apresentados em média (desvio padrão). ^a diferença estatisticamente significativa em relação a todos os momentos de avaliação (T1, T2, T3 e T4). ^b diferença estatisticamente significativa em relação ao momento T1.

De acordo com a **Tabela 2** e com a **Figura 5** foi possível observar que o nível de ansiedade no momento T0 é significativamente maior do que nos quatro momentos de avaliação (T1 a T4). Além disso, o nível de ansiedade no momento T4 apresentou valores estatisticamente menores comparados ao T1.

6.3 Níveis de Sintomas Depressivos

A **Tabela 3** e a **Figura 6** demonstram os níveis de Sintomas Depressivos ao longo das quatro sessões de Reiki. Ao final do experimento os participantes apresentaram uma redução

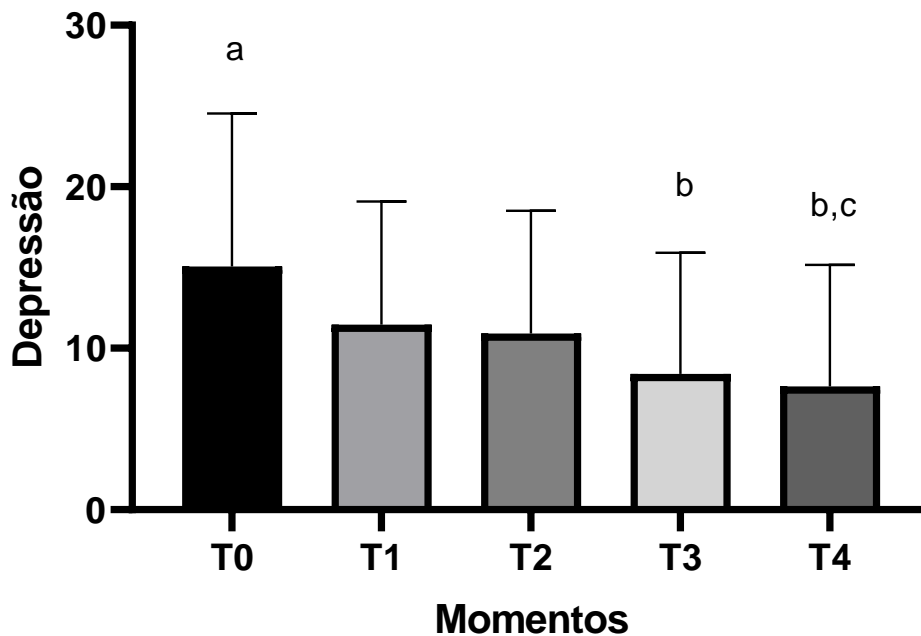
estatisticamente significativa dos níveis de sintomas depressivos em comparação aos níveis detectados na primeira sessão da intervenção.

Tabela 3 - Níveis de depressão ao longo das quatro sessões de Reiki

Depressão	T0	T1	T2	T3	T4	p-valor
Média	15,1 ^a	11,4	10,9	8,4 ^b	7,6 ^{b,c}	<0,001
Desvio Padrão	9,4	7,6	7,6	7,5	7,5	
Mínimo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Máximo	39,0	28,0	26,0	36,0	31,0	

Nota: Dados apresentados em média (desvio padrão). ^a diferença estatisticamente significativa em relação a todos os momentos de avaliação (T1, T2, T3 e T4). ^b diferença estatisticamente significativa em relação ao momento T1. ^c diferença estatisticamente significativa em relação ao momento T2.

Figura 6 - Níveis de sintomas depressivos ao longo das quatro sessões de Reiki



Nota: Dados apresentados em média (desvio padrão). ^a diferença estatisticamente significativa em relação a todos os momentos de avaliação (T1, T2, T3 e T4). ^b diferença estatisticamente significativa em relação ao momento T1. ^c diferença estatisticamente significativa em relação ao momento T2.

Conforme a **Figura 6** e a **Tabela 3** observou-se que o nível de sintomas depressivos no momento T0 é significativamente maior do que nos quatro momentos de avaliação (T1 a

T4). Ademais, o nível de sintomas depressivos no momento T4 apresentou valores estatisticamente menores comparados ao T1 e T2.

6.4 Níveis de Dor

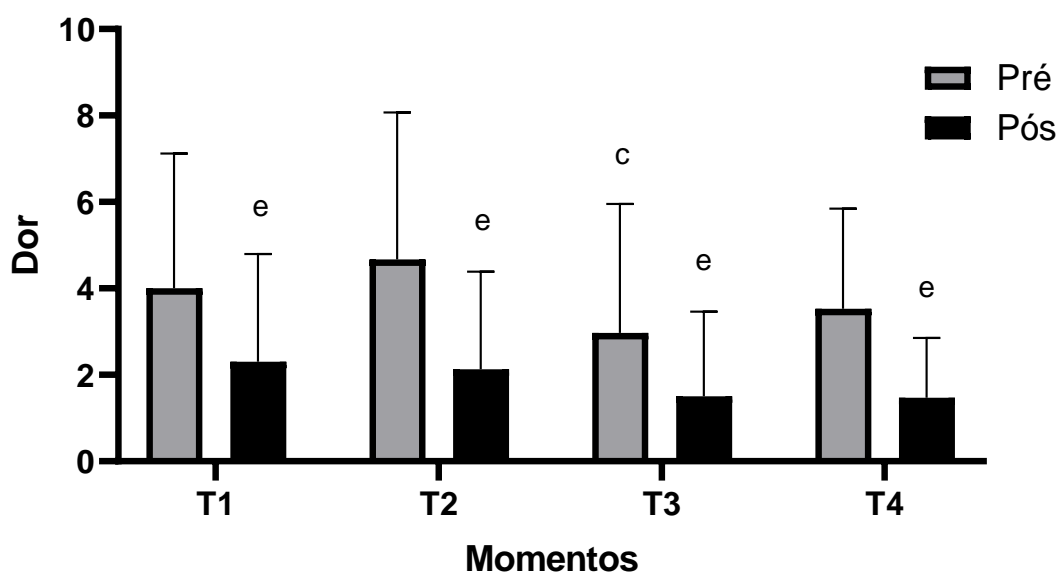
A **Tabela 4** e a **Figura 7** apresentam os níveis de dor antes e depois das quatro sessões de Reiki.

Tabela 4 - Níveis de dor antes e depois de cada uma das quatro sessões de Reiki

	Pré		Pós		p-valor
	Média	DP	Média	DP	
T1	4,0	3,1	2,3 ^e	2,5	Interação = 0,687
T2	4,6	3,4	2,1 ^e	2,2	Sessão = 0,046
T3	2,9 ^c	2,9	1,5 ^e	1,9	Pré x pós <0,001
T4	3,5	2,3	1,4 ^e	1,4	

Nota: Dados apresentados em média e desvio padrão. ^cdiferença estatisticamente significativa em relação ao momento T2. ^ediferença estatisticamente significativa em relação ao momento pré.

Figura 7 - Níveis de dor antes e após cada uma das quatro sessões de Reiki



Nota: Dados apresentados em média e desvio padrão. ^c diferença estatisticamente significativa em relação ao momento T2. ^e diferença estatisticamente significativa em relação ao momento pré.

De acordo com a **Tabela 4** e com a **Figura 7** foi possível verificar redução nos níveis de dor no momento pós comparado ao pré em todas as sessões de Reiki. No entanto, não foi

encontrada uma diferença estatisticamente significativa nos níveis de dor ao longo das quatro sessões. Apenas o nível de dor na sessão T3 pré foi estatisticamente menor que o T2 pré.

7. DISCUSSÃO

7. DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional pode ser entendido como um processo que deriva da redução da taxa de natalidade, seguida do aumento na expectativa de vida da população. Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de idosos deve passar de 14,9 milhões em 2013, para 58,4 milhões, em 2060, correspondendo a 26,7% da população (ARGIMON et al., 2016).

Em decorrência do envelhecimento populacional, percebe-se um aumento do número de idosos com sintomatologia depressiva e episódios de ansiedade (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016), considerados os maiores causadores de sofrimento emocional e diminuição da qualidade de vida nesta população, sobretudo quando aparecem associados a dor crônica (GONÇALVES et al., 2014).

De acordo com a literatura, o Reiki desponta como uma das técnicas de imposição de mãos mais utilizadas pela população como um todo, este fato vem chamando a atenção dos pesquisadores quanto à avaliação de sua efetividade. Uma grande parcela da população idosa busca complementar seus tratamentos convencionais utilizando-se de intervenções que promovam seu bem estar, saúde e qualidade de vida de maneira integral.

Desta maneira, o presente estudo buscou elucidar os efeitos da Prática Integrativa e Complementar – Reiki sobre a sintomatologia depressiva, a ansiedade e a dor em uma população idosa.

De modo geral, o paciente que busca as PICS possui um perfil bem definido, estabelecido por trabalhos prospectivos como, por exemplo, o de Eisenberg et al.. (1998). Neste estudo verificou-se que a procura e utilização das práticas integrativas e complementares concentra-se nas pessoas caucasianas, do sexo feminino e com grau superior de escolaridade.

Corroborando com a literatura, nossos resultados mostraram que houve predominância de participantes do sexo feminino (27 dos 30) com estado civil casado (46,7%) e com grau superior de escolaridade (40%). Além disso, em relação à religião, a grande maioria (73, 3%) se declarou católico.

De acordo com De'Carli (2013) o Reiki adapta-se a qualquer cultura, raça, credo, seita ou idade, uma vez que a técnica não utiliza qualquer tipo de instrumento. Além disso, para que ele funcione, não é necessário que se acredite neste método, é necessário apenas receptividade para que a energia possa fluir. Talvez por este fato, muitos idosos, embora

fossem praticantes de variadas religiões declararam sentir o efeito e apreciar a prática do Reiki.

Existem muitas evidências de que o Reiki tem efeito sobre a depressão e a ansiedade. Shore (2004) descobriu que o Reiki resultou em reduções significativas nos sintomas depressivos quando comparado ao grupo controle. Essas descobertas foram mantidas em um acompanhamento de um ano. Wardell e Engebretson (2001) exploraram os correlatos biológicos de uma única sessão de Reiki de 30 minutos: os resultados mostraram que a ansiedade foi significativamente reduzida conforme medido pelo Inventário de Ansiedade de Traço do Estado de Spielberger (STAI). Bowden, Goddard e Gruzelier (2011) descobriram que os participantes (estudantes universitários) com alto nível de ansiedade e depressão que receberam Reiki mostraram uma melhora progressiva no humor geral, após cinco semanas de acompanhamento.

Erdogan e Cinar (2016) avaliaram o efeito do Reiki na depressão em idosos que vivem em casas de repouso usando um estudo piloto randomizado com 3 grupos de tratamento: (1) Reiki (n = 30), (2) placebo Reiki (n = 30), e (3) controle (n = 30). O Reiki foi aplicado ao grupo experimental por um mestre de Reiki durante 8 semanas, uma vez por semana. O Reiki fictício foi aplicado por 4 enfermeiras que não tiveram treinamento em Reiki, mas pensaram que estavam praticando Reiki. O grupo controle não teve intervenção. Os pesquisadores observaram uma diminuição estatisticamente significativa nos níveis de depressão para o grupo de Reiki na 4^a, 8^a e 12^a semanas. Nenhuma diminuição significativa nos escores de depressão foi encontrada para os grupos Reiki placebo ou controle.

Uma revisão integrativa sobre o uso da terapia Reiki no alívio de sinais e sintomas biopsicoemocionais induzidos pela quimioterapia mostrou que essa prática pode ser efetiva e, portanto, introduzida na prática assistencial em razão de seus resultados sobre o bem-estar geral e sintomas específicos (BEULKE et al., 2019).

Na prática clínica, a dor está entre as principais variáveis estudadas no uso da terapia Reiki, mas há carência de estudos que se dediquem à elucidação dos mecanismos fisiológicos responsáveis pelos resultados encontrados, sobretudo pela grande variedade de condições clínicas que desencadeiam quadros álgicos e pelas dificuldades metodológicas de controle, homogeneidade nas amostras e generalização dos resultados.

Com relação a dor, foi possível verificar a redução no momento pós comparado ao pré em todas as sessões de Reiki. No entanto, não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa da dor ao longo das sessões. Apenas o nível de dor na sessão T3 pré foi

estatisticamente menor que o T2 pré. Esse resultado não corrobora ao estudo de Dogan (2018), que realizou uma metanálise sobre o efeito do Reiki na dor e observou que houve uma diminuição estatisticamente significativa na pontuação VAS, revelando que o Reiki foi eficaz na redução da dor. Entretanto, não foi possível determinar sua eficácia especificamente em que tipo de dor. Por esse motivo, recomenda repetir o estudo com amostras maiores e com grupos de pacientes e tipos de dor específicos.

Conforme Cardoso (2009), muitas pesquisas evidenciam que a combinação de métodos farmacológicos e não farmacológicos para manejo da dor a longo prazo proporciona um efeito analgésico muito mais eficaz do que a utilização de maneira isolada de métodos farmacológicos. Assim sendo, o autor salienta que, o tratamento da dor crônica não deve ser concentrado exclusivamente no uso de medicações, sendo a abordagem multidisciplinar de fundamental importância para o tratamento bem sucedido.

Muitas alterações fisiológicas que ocorrem durante o envelhecimento podem alterar de maneira significativa a forma como o organismo do idoso metaboliza os fármacos administradas. Essas alterações tornam o idoso especialmente suscetível a efeitos adversos, principalmente na presença de doenças crônicas. O idoso apresenta menor reserva funcional dos órgãos e sistemas, portanto, nos idosos, são comuns: maior sensibilidade aos analgésicos, meia-vida mais longa e aumento do risco de interação medicamentosa (NÓBREGA; KARNIKOWSKI, 2005).

Sendo assim, o tratamento não farmacológico como, por exemplo, as PICS oferecem como vantagens: o baixo custo financeiro, o fato de ser não invasivo e apresentar pouco ou nenhum efeito colateral, além de poder ser utilizado de maneira coadjuvante à terapia farmacológica, contribuindo para reduzir as doses de analgésicos, e, dessa forma, reduzindo o risco de efeitos colaterais.

Pesquisa exploratória realizada no ano de 2014 analisou os benefícios vivenciados com a prática do Reiki em idosos com dor crônica, utilizando como instrumento uma entrevista semiestruturada com questões direcionadas à temática do Reiki e a Escala Verbal de dor e encontrou como resultado a melhora significativa das queixas de dor, após cinco sessões consecutivas de Reiki (FREITAG et al., 2014).

Gillespie, Gillespie e Stevens (2007) investigaram a eficácia do Reiki no alívio da dor e na melhoria da mobilidade, bem como na qualidade de vida em idosos com diabetes tipo 2 e neuropatia diabética dolorosa. Este foi um ensaio clínico randomizado, controlado, de 12 semanas envolvendo 3 grupos de tratamento: (1) Reiki (n = 93), (2) placebo Reiki fictício (n =

88) e (3) usual controle do cuidado (n = 26). O Reiki foi aplicado por 2 praticantes experientes que forneceram 2 sessões na primeira semana, seguidas por sessões semanais durante 12 semanas. Os pacientes permaneceram em decúbito dorsal durante cada sessão de 25 minutos. Como resultado os pesquisadores encontraram que os escores globais de dor e a distância caminhada melhoraram tanto no grupo Reiki quanto no grupo placebo. No entanto, não houve diferenças significativas entre os grupos na visita final. Os pesquisadores notaram que os escores de dor foram relativamente baixos em todos os grupos, com alta variabilidade.

Um ponto ainda não esclarecido quando se trata de possíveis efeitos decorrentes da utilização do Reiki é o tempo de tratamento necessário para que se possa constatar alterações estatisticamente significativas: alguns manuais propõem um mínimo de quatro sessões, outros oito ou até doze sessões de tratamento. Não há consenso na literatura científica, uma vez que são encontrados estudos que avaliaram desde uma única aplicação até outros estudos que avaliaram meses de tratamentos (MORSE; BEMM, 2011).

Um aspecto interessante em nosso estudo foi a averiguação da influência do fator tempo atuando de maneira positiva ao longo das quatro semanas de intervenção. Em estudos futuros será indispensável o desenvolvimento de metodologias que contemplem avaliações por maiores tempos de administração da técnica. Deve-se investigar, com precisão, o tempo necessário para que outros efeitos psicológicos positivos possam ser constatados tais como foram registrados em nosso estudo, que demonstrou em voluntários idosos a redução da dor, dos níveis de ansiedade e dos sintomas depressivos já na primeira sessão.

Em conformidade com este dado sobre o tempo, de acordo com os estudos encontrados na literatura, como uma grande vantagem dentre as terapias integrativas e complementares, o efeito da prática do Reiki pode ser sentido imediatamente. Um estudo randomizado duplo cego realizado com dezoito enfermeiras com síndrome de Burnout, constatou que uma única sessão de Reiki é capaz melhorar de forma imediata a função imunológica (IgAs) e a pressão arterial diastólica, ou seja, os dados encontrados revelam que uma sessão breve, mas eficaz, de Reiki pode aliviar significativamente os efeitos negativos do estresse ocupacional (DIAZ-RODRÍGUEZ et al., 2011).

Na perspectiva do Reiki o sintoma ou a doença física, nada mais são, do que a manifestação do processo de desequilíbrio energético já instalado nos corpos sutis durante anos ou décadas. De acordo com a literatura, já se demonstrou que a energia transmitida através do Reiki produz efeitos mensuráveis sobre as enzimas e os sistemas de glândulas endócrinas do corpo (OLIVEIRA, 2003).

Nesta visão, nossos resultados também estão de acordo com diversos outros estudos, que sugerem que a terapêutica Reiki poderia produzir a redução dos sintomas de ansiedade (RICHESON et al., 2010), depressão (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016), provavelmente devido ao reestabelecimento da energia vital nos chacras e como consequência no sistema endócrino.

Os resultados da presente pesquisa evidenciaram que ao final das quatro sessões os participantes apresentaram uma redução estatisticamente significativa dos níveis de ansiedade em comparação aos níveis detectados na primeira sessão da intervenção, sugerindo que o Reiki agiu positivamente para a redução da ansiedade. Esses dados corroboram com os estudos de Freitag et al. (2014) e Oliveira (2013), que também encontraram resultados significativos na redução da ansiedade. Contudo a Revisão sistemática de Joyce e Herbison (2015) demonstrou que não há evidências suficientes para se afirmar se o Reiki é efetivo para ansiedade e depressão, após a avaliação da qualidade metodológica dos artigos publicados.

Estudo recente de Santos et al. (2020) que teve como objetivo avaliar a efetividade do Reiki na redução da ansiedade, da depressão e na melhoria do bem-estar pré-operatório na cirurgia cardíaca, utilizando como instrumentos de coleta de dados a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, o Índice de Religiosidade de DUKE e a Escala de Bem-Estar Espiritual. encontraram que a avaliação do bem-estar entre o grupo intervenção foi melhor em relação ao controle. A ansiedade e a depressão foram menores no grupo intervenção, sem diferença estatisticamente significativa. Além disso evidenciou-se que, no pré-operatório, a religiosidade pode interferir em alguns casos na aceitação de práticas holísticas e integrativas.

Tsang, Carlson e Olson (2007) avaliaram a fadiga, a ansiedade, dor e qualidade de vida em um grupo de pacientes oncológicos em terapia com opióides e encontraram como resultado a diferença estatisticamente significativa nos níveis de ansiedade, dor e fadiga no grupo de tratamento de terapia de Reiki quando medido antes da primeira sessão de Reiki, em comparação com a última sessão de Reiki. Em avaliações diárias na condição de Reiki, as pontuações pré-sessão 1 versus pós quinta sessão indicaram diminuições significativas na fadiga ($P < 0,001$), dor ($P < 0,005$) e ansiedade ($P < 0,01$), que não foram observadas na condição de repouso.

Um envelhecimento com qualidade de vida, preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, estabelecida pela portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, de 19 de outubro de 2006, pode ser compreendido a partir de três componentes: (a) menor probabilidade de doença; (b) alta capacidade funcional física e mental; e (c) engajamento social ativo com a vida (MS-BR, 2006)

O Relatório “Healthy People 2000”, da Organização Mundial da Saúde ressalta a importância de aumentar os anos de vida saudável, reduzir disparidades na saúde e assegurar o acesso a serviços preventivos. Também ressalta a necessidade de incentivar o movimento de autoresponsabilidade – cuidado consigo mesmo – e a manutenção de ambientes afetuosos para as diferentes faixas etárias e solidariedade entre gerações. As famílias e indivíduos devem se preparar para a velhice, esforçando-se para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida (WHO, 2002).

Apesar de alguns estudos mostrarem resultados não significativos, não há estudos que apontam ação prejudicial do Reiki.

São raros os trabalhos que discorrem sobre os potenciais riscos ou desconfortos decorrentes da utilização do Reiki como prática integrativa e complementar. Como exemplos de "efeitos colaterais" podemos citar a ocorrência de catarses emocionais, como choro, dor de cabeça branda, diarreia, náusea, corrimento nasal, percepção de frio, transpiração excessiva e excesso de sono (CUNEO et al., 2011). Stein (2003) menciona que tais efeitos colaterais, que seriam leves e de curta duração, poderiam ser decorrentes de um suposto processo de desintoxicação.

Desta maneira, podemos inferir que o Reiki pode ser uma prática a ser utilizada no favorecimento do envelhecimento ativo, definido pela Organização Mundial da Saúde como “O processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança de modo a realçar a qualidade de vida na medida em que as pessoas envelhecem”.

A prática terapêutica - Reiki frequentemente recebe críticas de que seus resultados provêm apenas de efeito placebo, contudo por ser uma técnica que não utiliza agulhas, medicamentos e nenhum outro arcabouço, inerente ao imaginário do que é medicina na sociedade contemporânea, possui efeito placebo muito mais brando se comparado a acupuntura e fitoterapia, por exemplo, que utilizando instrumentos consagrados no imaginário biomédico como agulhas e fármacos.

O Reiki é um método extremamente flexível e não requer qualquer tipo de equipamento ou setting terapêutico especial, podendo ser combinado com outros tipos de práticas dentro ou fora do ambiente hospitalar (SCHILLER, 2003). A proposta da terapêutica Reiki é de cuidar integralmente da pessoa e não apenas proporcionar o alívio de sintomas decorrentes de agravos de naturezas diversas. É considerado um método holístico de cuidado por atuar sobre as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e espirituais dos indivíduos (RING, 2009).

A melhora detectada nos participantes que receberam as sessões de Reiki indica que esta técnica pode ser utilizada não apenas como recurso terapêutico mas, sobretudo como recurso preventivo, proporcionando qualidade de vida no envelhecimento. Também é importante destacar que a literatura não apresenta restrições ao tratamento Reiki em relação a idade ou estado de saúde (COAKLEY; BARRON, 2012) e que nenhum de nossos participantes manifestou efeitos adversos durante o período de intervenção. A redução da dor, dos sintomas depressivos e da ansiedade podem ser elementos desencadeadores de uma possível reestruturação do paradigma do envelhecer, levando o idoso à reflexão de que o cuidado integral de sua saúde está literalmente ao alcance de suas mãos.

8. CONCLUSÕES

8. Conclusões

O presente estudo realizado no município de Ribeirão Preto objetivou avaliar os efeitos da Prática Integrativa e Complementar – Reiki no alívio da dor e na redução dos sintomas depressivos e da ansiedade em idosos.

As características sociodemográficas e clínicas corroboram a literatura nacional e internacional para este público estudado. A amostra foi composta prioritariamente por pacientes do sexo feminino (90%), faixa etária entre 60-84anos, com grau de escolaridade superior (40%) e estado civil casado (46,7%).

Com relação aos níveis de ansiedade, sintomas depressivos e dor, nossos resultados mostraram que a terapêutica Reiki produziu as seguintes alterações em idosos:

- Redução estatisticamente significativa dos níveis de ansiedade ao longo das quatro sessões;
- Redução estatisticamente significativa dos níveis depressivos ao longo das quatro sessões;
- Redução dos níveis de dor no momento pós comparado ao pré em todas as sessões, apesar de não ter sido encontrada diferença estatisticamente significativa nos níveis de dor ao longo das quatro sessões.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

9. Considerações Finais

A presente pesquisa teve como limitação o delineamento quase experimental, a realização de apenas quatro sessões de Reiki e um número pequeno de amostra, talvez o impacto na redução da ansiedade, sintomas depressivos e dor poderiam ser melhor observados em uma amostra maior de idosos.

Mesmo assim, os resultados evidenciaram efeito positivo e estatisticamente significativo na diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão, demonstrando o possível efeito do Reiki sobre esses sintomas. Ressalta-se também que não foram detectados efeitos adversos nessa pesquisa.

Diante dos resultados recomenda-se a prática do Reiki na população idosa com o intuito de melhorar os sintomas de ansiedade, depressão e dor e conseqüentemente o incremento da Qualidade de vida.

Assim, sugere-se a realização de futuros estudos com delineamentos experimental controlado e randomizado, de natureza multidisciplinar, a fim de aprofundar a compreensão a respeito dos possíveis mecanismos psicofisiológicos e físicos envolvidos com a método Reiki.

REFERÊNCIAS

Referências

ALANDYDY, P.; ALANDYDY, K. Using Reiki to support surgical patients. **Journal of Nursing Care Quality**, Hagerstown, v. 13, n. 4, p. 89-91, 1999.

AMARELLO, M. M.; CASTELLANOS, M. E. P; SOUZA, K. M. J. - Terapia Reiki no Sistema Único de Saúde: sentidos e experiências na assistência integral à saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 74, n.1, p. 1-7, 2021.

ARAÚJO, L. F, *et al.* Evidence of the contribution of elderly support programs to healthy aging in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 30, n. 1, p. 80-86, 2011.

ARGIMON, I. I. L. *et al.* Aplicabilidade do Inventário de Depressão de Beck-II em idosos: uma revisão sistemática. **Avaliação Psicológica**, Campinas, v. 15, p. 11-17, 2016.

BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.4, p.598-605, 2007.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. **BDI-II manual**. San Antonio: The Psychological Corporation, 1996.

BECK, A.T.*et al.* An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 56, 893-897, 1988.

BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

BEULKE, L. S. *et al.* Reiki in the relief of chemotherapy-related biopsyoemotional signs and symptoms. **Cogitare Enferm**, v. 24, e56694, 2019.

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**, New York, v.81,n.1,p.66–72, 2010.

BOWDEN, D.; GODDARD, L.; GRUZELIER, J. A randomised controlled single-blind trial of the efficacy of Reiki at benefitting mood and well-being. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicin**, v. 2, 381862:1-8, 2011.

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

CARDOSO, M. G. M. **Controle da dor: manual de cuidados paliativos**. [S.l.]: Associação Nacional de Cuidados Paliativos, 2009. p. 86-103.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S.; MANGAS, R. M. N. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2985-2994, 2013.

COAKLEY, A. B.; BARRON, A. M. Energy therapies in oncology nursing. **Seminars in oncology nursing**, v. 28, n. 1, p. 55-63, 2012.

COMISSÃO DE DOR DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Dor: o quinto sinal vital. Abordagem Prática no idoso**. São Paulo: SBGG, 2018.

COSTA, A. I. S.; REIS, P. E. D. Técnicas complementares para controle de sintomas oncológicos. **RevistaDor**, São Paulo, v.15, n.1, p. 61-64, 2014.

CRAWFORD, S. E.; LEAVER, V. W.; MAHONEY, S. D. Using Reiki to decrease memory and behavior problems in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, New York, v. 12, n.9, p. 911-913, 2006.

CUNEO, C. L. *et al.* The effect of Reiki on work-related stress of the registered nurse. **Journal of Holistic Nursing**, v. 29, n. 1, p. 33-43, 2011.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DE' CARLI, J. **Reiki universal**. São Paulo: Madras, 2001.

DE' CARLI, J. **Reiki** - apostilas oficiais. 4. ed. São Paulo: Isis, 2013

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

DOGAN, M. D. The effect of reiki on pain: A meta-analysis. **Complementary Therapies in Clinical Practice**, v. 31, p. 384 - 387, 2018.

DYER, N. L; BALDWIN, A. L.; RAND, W. L. A Large-Scale Effectiveness Trial of Reiki for Physical and Psychological Health . **J Altern Complement Med**, v. 25, n. 12, p. 1156-1162, 2019.

EISENBERG, D. M. *et al.* Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 280, n. 18, p. 1569-1575, 1998.

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

FERREIRA, H. G.; LIMA, D. M. X.; ZERBINATTI, R. Atendimento psicoterapêutico cognitivo-comportamental em grupo para idosos depressivos: um relato de experiência. **Revista da SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.13, n. 2, p. 86 -101, 2012.

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

FREITAG, V. *et al.* Benefícios do Reiki em população idosa com dor crônica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1032- 1040, 2014.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUZA, J. A.V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2 p. 407-412, 2010.

FRIEDMAN, R.S.C. *et al.* Effects of Reiki on autonomic activity early after acute coronary syndrome. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 56, n. 12, p. 995–996, 2010.

GALLI, K. S. B. *et al.* Saúde e equilíbrio através das terapias integrativas: relato de experiências. **Revista de Enfermagem**, Frederico Westphalen, v.8, n.8, p. 245-255, 2012.

GERBER, R. **Medicina vibracional: uma medicina para o futuro**. São Paulo: Cultrix, 2007.

GILLESPIE, E. A.; GILLESPIE, B.W.; STEVENS, M. J. Neuropatia diabética dolorosa: impacto de uma abordagem alternativa . **Diabetes Care**, v. 30, p. 999–1001, 2007.

GONÇALVES, D. *et al.* Avaliações das funções cognitivas, qualidade de sono, tempo de reação e risco de quedas em idosos institucionalizados. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 95-108, 2014.

GORENSTEIN, C. *et al.* **Inventário Beck de Depressão-II**. Manual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

GRINBERG, A.; GRINBERG, B. **A arte de envelhecer com sabedoria**. São Paulo: Nobel, 1999.

HAGGSTRAM, L. M. Ansiedade no idoso. *In*: TERRA, N. L. **Entendendo as queixas do idoso**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. p. 81-195.

HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n. 11, p. 3575 - 3584, 2016.

HULSE, R.S.; STUART-SHOR, E. M.; RUSSO, J. Endoscopic procedure with a modified Reiki intervention. **Gastroenterology Nursing**, Hagerstown, v.33, n. 1, p. 20-26, 2010.

HUNT, L. J. *et al.* Pain in community-dwelling older adults with dementia: results from the National Health and Aging Trends Study. **Journal of The American Geriatrics Society**, Malden, v. 63, n.8, p. 1503–1511, 2015.

JOYCE, J.; HERBISON, P. Reiki for depression and anxiety. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015.

KAYSER, B. *et al.* Influence of chronic pain on functional capacity of the elderly. **Revista Dor**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 48-50, 2014.

LARDEN, C. N.; PALMER, M. L.; JANSSEN, P. Efficacy of therapeutic touch in treating pregnant inpatients who have a chemical dependency. **Journal of Holistic Nursing**, Newbury Park, v. 22, n. 4, p. 320-332, 2004.

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

LOPEZ, G.; MAO, J. J.; COHEN, L. Integrative oncology. **Medical Clinics of North America**, Philadelphia, v.1, p.977–985, 2017.

LUCCHETTI, G. *et al.* Effect of spiritist “passe” (spiritual healing) on growth of bacterial cultures. **Complementary Therapies in Medicine**, Edinburgh, v.2, n.6, p. 627–632, 2013.

MELAND, B. Effects of Reiki on pain and anxiety in the elderly diagnosed with dementia: a series of case report. **Alternative Therapies in Health and Medicine**, Aliso Viejo, v. 15, n.4, p. 56-57, 2009.

MENEGUCI, J. *et al.* Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo, v. 68, n. 4, p. 221-230, 2019.

MIDILLI, T. S.; ESER, I. Effects of Reiki on post-cesarean delivery pain, anxiety, and hemodynamic parameters: a randomized, controlled clinical trial. **Pain Management Nursing**, Silver Spring, v. 16, n. 3, p. 388-399, 2015.

MILES P.; TRUE, G. Reiki--review of a biofield therapy history, theory, practice, and research. **Alternative Therapies in Health and Medicine**, Aliso Viejo, v. 9, n. 2, p. 62–72, 2009.

MILES, P. Preliminary report on the use of Reiki HIV-related pain and anxiety. **Alternative Therapies in Health and Medicine**, Aliso Viejo, v. 9, n. 2, p. 36, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria n. 849, de 27 de março de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 mar. 2017. Seção 1, p. 68.

MORSE, M.L.; BEEM, L.W.; Benefits of Reiki therapy for a severely neutropenic patient with associated influences on a true random number generator. **J Altern Complement Med**, v. 17, n.12, p.1181-1190, 2011.

MOTTA, P. M. R.; BARROS, N. F. A aplicação de técnicas de imposição de mãos no câncer: revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, Palhoça, v. 4, n. 6, p. 37-46, 2015.

MS-BR. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - Portaria Nº 2.528. In: Ministério da Saúde B, editor. Brasília: Ministério da Saúde, Brasil; 2006.

- NÓBREGA, O. T.; KARNIKOWSKI, M. G. O. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n.2, p. 309-313, 2005.
- NOLAN, J. Improving the health of older people: what do we do? **British Journal of Nursing**, London, v.10, n. 8, p. 524-528, 2001.
- NOTTE, B. B.; FAZZINI, C.; MOONEY, R. A. Reiki's effect on patients with total knee arthroplasty: a pilot study. **Nursing**, Springhouse, v. 46, n. 2, p. 17-23, 2016.
- OLIVEIRA, D. V.; ANTUNES, M. D.; OLIVEIRA, J. F. Ansiedade e sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n.4, p. 316-322, 2017.
- OLIVEIRA, R. M. J. **Avaliação de efeitos da prática de imposição de mãos sobre os sistemas hematológico e imunológico de camundongos machos**. 2003. 96 f. Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia Experimental) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- OLIVEIRA, R. M. J. **Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse: estudo placebo e randomizado**. 2013. 191 f. Tese (Doutorado em Psicobiologia) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.
- OLIVER, K.; NORBERT, L. O Reiki e a medicina tradicional: como a medicina energética e a medicina clássica se completam. São Paulo: Pensamento, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva, Suíça: Organização Mundial de Saúde. 2001.
- PEREIRA, R. D. M. *et al.* Integrative and complementary health practices: an integrative review about non pharmacological measures for oncologic pain. **Journal of Nursing UFPE Online**, Recife, v.9, n.2, p.710-717, 2014.
- PFEIFFER, E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v.23, n.10, p.433-441, 1975.
- PINTO, M. C. *et al.* Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão em português (Brasil) da escala de dor Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-Brasil) em pacientes adultos não comunicantes. **Einstein**, São Paulo, v.13, n.1, p.14-19, 2015.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- POST-WHITE, J. *et al.* Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. **Integrative Cancer Therapies**, Thousand Oaks, v. 2, n. 4, p. 332-344, 2003.
- RAND, W. L. Reiki at University Medical Center, Tucson, Arizona, a magnet hospital. **Holistic Nursing Practice**, 25(5), 233-237, 2011.

RAZ, N. *et al.* Regional brain changes in aging healthy adults: general trends, individual differences and modifiers. **Cerebral Cortex**, New York, v. 15, n. 11, p. 1676-1689, 2005.

RICCOTI, V.; DELANTY, N. Use of complementary and alternative medicine in epilepsy. **Current Neurology and Neuroscience Reports**, Philadelphia, v. 6, n.4, p. 347-353, 2006.

RICHESON, N. E. *et al.* Effects of Reiki on anxiety, depression, pain, and physiological factors in community-dwelling older adults. **Research in Gerontological Nursing**, Thorofare, v. 3, n. 3, p. 187-199, 2010.

RINDFLEISH, J.A. Biofield therapies: energy medicine and primary care. **Primary Care**, Philadelphia, v. 37, n. 1, p. 165-179, 2010.

RING, M.E. Reiki and changes in pattern manifestations. **Nursing science quarterly**, v. 22, n. 3, p. 250-258, 2009.

SALLES, L. F.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem e as práticas complementares em saúde**. São Caetano do Sul: Yendis, 2011.

SANTOS, C. B. R., et al. Protocolo de Reiki para ansiedade, depressão e bem-estar pré-operatórios: ensaio clínico controlado não randomizado. **Rev Esc Enferm USP**, v. 54, p. 1-8, 2020.

SANTOS, F. C. Manejo da dor. *In*: RAMOS, L. R. (coord.). **Guia de Geriatria e Gerontologia**. Barueri: Manole, 2005. (Guias de Medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP/EPM).

SATYA, A. J. Stress management for patient and physician. **Journal of the Indian Medical Association**, Calcutta, v. 99, n. 2, p. 90-92, 2001.

SCHILLER, R. Reiki: a starting point for integrative medicine. **Alternative therapies in health and medicine**, v. 9, n. 2, p. 20-21, 2003.

SILVA, A. R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Ribeirão Preto, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017.

SHORE, A. D. Long-term effects of energetic healing on symptoms of psychological depression and self-perceived stress. **Altern Ther Health Med**, v.10, n. 3, p. 42-48, 2004.

SMITH, M.; HAEDTKE, C.; SHIBLE, D. Late life depression detection: an evidence-based guideline. **Journal of Gerontological Nursing**, Thorofare, v. 4, n.2, p. 18-25, 2015.

SOUSA, L. A.; BARROS, N. F. Integrative and Complementary Practices in the Unified Health System: progresses and challenges. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3041, 2018.

STEIN, Diane. **Reiki essencial: manual completo sobre uma antiga arte de cura**. Editora Pensamento, 2003.

TAYLOR, W. D. Depression in the elderly. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v.371, n. 13, p. 1228-1236, 2014.

TEIXEIRA, I. N. A. O.; NÉRI, A. L. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. *In*: FREITAS, E.V.*et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.p. 1102-1108.

TERRA, N. L.; SILVA, R.; SCHIMIDT, O. F. **Tópicos em Geriatria II**. Porto Alegre: Edipucrs, 2007.

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

ULVESTAD, E. Psychoneuroimmunology: the experientialdimension. **Methods in Molecular Biology**, Totowa, v.934, p. 21-37, 2012.

UNITED STATES OF AMERICA. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Center for Complementary and Integrative Health. **What does NCCIH do?** 2015. Disponível em: <https://nccih.nih.gov>. Acesso em: 20 fev. 2021.

UNUTZER, J.; PARK, M. Older adults with severe, treatment-resistant depression. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 308, n.9, p. 909-918, 2012.

USUI, M.; PETTER, F. A. **Manual de Reiki do Dr. Mikao Usui**. São Paulo: Pensamentos, 2001.

VANDERVAART, S. *et al.* A systematic review of the therapeutic effects of Reiki. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, New York, v. 15, n. 11, p. 1157-1169, 2009.

VIEIRA, T. C. **O Reiki nas práticas de cuidado de profissionais do Sistema Único de Saúde**. 2017. 122 f. Dissertação(Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

VITALE, A.T.; O'CONNOR, P.C. The effect of Reiki on pain and anxiety in women with abdominal hysterectomies: a quasi-experimental pilot study. **Holistic Nursing Practice**,Hagerstown,v.20, n.6, p. 263-272, 2006.

WARBER, S. L. *et al.* Biofield energy healing from the inside. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, New York, v. 10, n. 6, p. 1107–1113, 2004.

WARDELL, D. W.; ENGBRETSON, J. Biological correlates of Reiki Touch(sm) healing. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 33, n. 4, p. 439-445, 2001.

WHO. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization, 2002.

WICKREMARATCHI, M. M.; LLEWELYN J. G. Effects of ageing on touch. **Postgraduate Medical Journal**, London, v. 82, n. 967, p. 301-304, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/____

1 - Nome: _____

2 - Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

3 - Idade: _____ Data de nascimento ____/____/____

4 - Estado Civil:

- (1) Solteiro (a)
- (2) Casado (a)/União consensual
- (3) Separado (a)/desquitado (a)
- (4) Viúvo (a)
- (5) Outro _____

5 - Situação Profissional:

- (1) Ativo
- (2) Aposentado
- (3) Aposentado + trabalho
- (4) Do lar
- (5) Desempregado
- (6) Afastado

6 - Escolaridade:

- (1) Fundamental
- (2) Médio
- (3) Superior

7- Religião:

- (1)Católico(a)
- (2)Evangélico(a)
- (3)Espírita
- (4)Budista
- (5)Testemunha de Jeová
- (6) Umbandista
- (7) Nenhuma
- (8) Outra: _____

8 - Cidade:

- (1) Ribeirão Preto
- (2) Região de São Paulo
- (3) Outras regiões

Endereço: _____

Telefone: _____

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Thaisa Fér Scandiuzzi, sou aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental e orientanda da Profa. Dra. Namie Okino Sawada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e gostaria de convidar o(a) senhor(a) para participar da pesquisa intitulada “*Efeitos da Prática do Reiki nos níveis de dor, ansiedade e depressão em uma população idosa*”, que tem como principal objetivo **analisar os efeitos do Reiki na ansiedade, dor e depressão em idosos**. O estudo deverá durar quatro semanas e sua participação consistirá em submeter-se, uma vez por semana, a um tratamento de 12 minutos, onde eu, como Terapeuta Reikiana qualificada, vou posicionar as mãos sobre seus olhos, nuca, garganta, peito (tórax), e barriga (abdome). Cada sessão ocorrerá individualmente em um espaço privado da Casa nº 5 do campus USP Ribeirão Preto. Dois questionários, que irão avaliar seus níveis de ansiedade e depressão deverão ser respondidos pelo(a) senhor(a) antes da primeira sessão e, imediatamente, após cada sessão do estudo, sendo de 10 minutos o tempo total previsto para responder cada questionário. Nestes mesmos dias, durante a realização das sessões de Reiki, o calor de seu corpo será medido através de uma câmera infravermelha, sendo, também, realizada a avaliação da intensidade de sua dor por uma escala numérica de 0 a 10 cm.

A realização do presente estudo se justifica pela necessidade da construção do conhecimento a cerca desta modalidade terapêutica complementar cada vez mais buscada e utilizada no cuidado, de maneira a contribuir com informações a respeito de sua eficácia e segurança. Devo lhe informar, inclusive, que o procedimento a que o(a) senhor(a) será submetido(a) não causará qualquer prejuízo para sua saúde. Contudo, caso se emocione ou fique desconfortável, tomarei medidas para reduzir este incômodo, como manter o silêncio e oferecer tempo para que o(a) senhor(a) se recomponha, fazer uma pausa no procedimento ou, em caso extremo, interromper a sessão por completo. Posteriormente, os resultados obtidos neste estudo poderão, até mesmo, proporcionar benefícios ao(a) senhor(a), como novos recursos complementares na promoção e no tratamento de sua saúde, e a curto prazo, a prática poderá lhe proporcionar bem estar.

Garanto que as informações e opiniões emitidas pelo(a) senhor(a) não lhe causarão nenhum dano, risco ou prejuízo. Garanto a preservação de sua privacidade, assegurando que suas informações serão tratadas anonimamente. Os dados obtidos serão utilizados apenas

para fins de pesquisa, sendo divulgados em eventos científicos e publicados em revistas especializadas da área do estudo, preservando, como dito, seu anonimato. Esclareço que a sua participação na pesquisa é voluntária e não lhe acarretará nenhuma despesa, como também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O(A) senhor(a) poderá retirar esse consentimento em qualquer momento, caso não seja de seu interesse continuar participando da pesquisa, sem punições ou perda de benefícios aos quais tem direito na Casa nº 5. Caso ocorra danos decorrentes de sua participação na pesquisa, você terá à indenização por parte do pesquisador e da instituição envolvida, conforme leis vigentes no país.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP, que tem a função de proteger eticamente o participante da pesquisa, e está localizado na Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-902. Tel.: (16) 3315-9197. Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato conosco ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP por meio do endereço e/ou telefone informado. Uma via do TCLE assinada por mim ficará com o(a) senhor(a) e outra via ficará comigo. Agradecemos a colaboração.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Eu, _____, declaro ter sido informado e esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa descritos acima e aceito participar como voluntário(a) da mesma. Além, recebi uma via deste documento assinada pelo pesquisador responsável.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora responsável

Thaís FérScanduzzi

Contato da pesquisadora: Av. Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-902. Tel.: (16) 3315-3438.

E-mail: thais.scandi@usp.br

ANEXO A - AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO

Qual a data de hoje?	1. Correto 0. Incorreto
Qual sua idade?	1. Correto 0. Incorreto
Em que dia da semana estamos?	1. Correto 0. Incorreto
Qual o nome do local que estamos nesse momento?	1. Correto 0. Incorreto
Total:	0 - 2 → Exclusão >2 → Inclusão

ANEXO B - INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI-II)

Identificação _____

Data: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. Depois, escolha uma frase de cada grupo, que melhor descreve o modo como você tem se sentido nas **duas últimas semanas**, incluindo o dia e hoje. Faça um círculo em torno do número (0,1, 2 ou 3) correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e o item 18 (alterações de apetite).

1. Tristeza

- 0. Não me sinto triste.
- 1. Eu me sinto triste grande parte do tempo.
- 2. Estou triste o tempo todo.
- 3. Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.

2. Pessimismo

- 0. Não estou desanimado a respeito do meu futuro
- 1. Eu me sinto mais desanimado a respeito do meu futuro do que de costume.
- 2. Não espero que as coisas dêem certo para mim.
- 3. Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.

3. Fracasso passado

- 0. Eu não me sinto um fracasso.
- 1. Tenho fracassado mais do que deveria.
- 2. Quando penso no passado vejo muitos fracassos.
- 3. Sinto que como pessoa sou um fracasso total.

4. Perda de Prazer

- 0. Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.
- 1. Não sinto tanto prazer nas coisas como costumava sentir.
- 2. Tenho pouco prazer nas coisas que costumava gostar.
- 3. Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.

5. Sentimentos de culpa

- 0. Não me sinto culpado.
- 1. Eu me sinto culpado a respeito de várias coisas que fiz e/ou deveria ter feito.
- 2. Eu me sinto culpado a maior parte do tempo.
- 3. Eu me sinto culpado o tempo todo.

6. Sentimento de punição

- 0. Não sinto que estou sendo punido.
- 1. Sinto que posso ser punido.
- 2. Eu acho que serei punido
- 3. Sinto que estou sendo punido.

7. Auto-estima

- 0. Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo.
- 1. Perdi a confiança em mim mesmo.
- 2. Estou desapontado comigo mesmo.
- 3. Eu não gosto de mim.

8. Autocrítica

- 0. Não me culpo nem me critico mais do que o habitual.
- 1. Estou sendo mais crítico comigo do que costumava ser
- 2. Eu me critico por todos os meus erros.
- 3. Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.

9. Pensamentos ou desejos suicidas

- 0. Não tenho nenhum pensamento de me matar.
- 1. Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.
- 2. Gostaria de me matar.
- 3. Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. Choro

- 0. Não choro mais do que o habitual.
- 1. Choro mais agora do que costumava chorar.
- 2. Agora, choro por qualquer coisinha.
- 3. Sinto vontade de chorar, mas não consigo.

11. Agitação

- 0. Não me sinto mais inquieto ou agitado do que me sentia antes.
- 1. Eu me sinto mais inquieto ou agitado do que me sentia antes.
- 2. Eu me sinto tão inquieto ou agitado que é difícil ficar parado.
- 3. Estou tão inquieto ou agitado que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.

12. Perda de interesse

- 0. Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades
- 1. Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar
- 2. Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.
- 3. É difícil me interessar por alguma coisa

13. Indecisão

- 0. Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- 1. Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- 2. Tenho muito mais dificuldades em tomar decisões do que antes.
- 3. Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

14. Desvalorização

- 0. Não me sinto sem valor.
- 1. Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- 2. Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3. Eu me sinto completamente sem valor.

15. Falta de energia

- 0. Tenho tanta energia como sempre tive.
- 1. Tenho menos energia que costumava ter.
- 2. Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3. Não tenho energia suficiente para nada.

16. Alterações no padrão de sono

- 0. Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- 1a. Durmo um pouco mais do que o habitual.
- 1b. Durmo um pouco menos do que o habitual.
- 2a. Durmo muito mais do que o habitual.
- 2b. Durmo muito menos do que o habitual.
- 3a. Durmo a maior parte do dia.
- 3b. Acordo 1-2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- 0. Não estou mais irritado que o normal.
- 1. Estou mais irritado que o normal.
- 2. Estou muito mais irritado que o normal.
- 3. Estou irritado o tempo todo.

18. Alterações no apetite

- 0. Não percebi nenhuma alteração no meu apetite.
- 1a. Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- 1b. Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- 2a. O meu apetite está muito menor que o normal.
- 2b. O meu apetite está muito maior que o normal.
- 3a. Não tenho nenhum apetite.
- 3b. Quero comer o tempo todo.

19. Dificuldades de concentração

- 0. Posso me concentrar tão bem quanto antes
- 1. Não consigo me concentrar tão bem quanto antes.
- 2. É difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3. Acho que não consigo me concentrar em nada.

20. Cansaço ou Fadiga

- 0. Não me sinto mais cansado que o habitual.
- 1. Fico cansado mais facilmente do que o habitual.
- 2. Eu me sinto muito cansado para fazer muitas coisas que costumava fazer.
- 3. Eu me sinto muito cansado para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

21. Perda de interesse sexual

- 0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1. Estou menos interessado em sexo do que costumava estar.
- 2. Estou bem menos interessado em sexo agora.
- 3. Perdi completamente o interesse por se

ANEXO C - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

Identificação _____

Data: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma **durante a última semana, incluindo hoje**, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

Sintomas	<u>Absolutamente</u> não	<u>Levemente</u> Não me incomodou muito	<u>Moderadamente</u> Foi muito desagradável, mas pude suportar	<u>Gravemente</u> Difícilmente pude suportar
Dormência ou formigamento				
Sensação de calor				
Tremores nas pernas				
Incapaz de relaxar				
Medo que aconteça o pior				
Atordoado ou tonto				
Palpitação ou aceleração do coração				
Sem equilíbrio				
Aterrorizado				
Nervoso				
Sensação de sufocação				
Tremores nas mãos				
Trêmulo				
Medo de perder o controle				
Dificuldade de respirar				

Medo de morrer				
Assustado				
Indigestão ou desconforto no abdômen				
Sensação de desmaio				
Rosto afogueado				
Suor (não devido ao calor)				

ANEXO D - ESCALA NUMÉRICA COM FACES

