Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

José Henrique do Nascimento Bessa

As relações estabelecidas entre a terapia Reiki e o bem estar subjetivo mediadas pelas representações sociais

Rio de Janeiro
2014

José Henrique do Nascimento Bessa

As relações estabelecidas entre a terapia Reiki e o bem estar subjetivo mediadas pelas representações sociais

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.ª Dra. Denize Cristina de Oliveira

Coorientador: Prof. Dr. Rafael Moura Coelho Pecly Wolter

Rio de Janeiro
2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

B557 Besa, José Henrique do Nascimento.
As relações estabelecidas entre a terapia Reiki e o bem estar subjetivo mediadas pelas representações sociais / José Henrique do Nascimento Bessa. - 2014.
160 f.

Orientadores: Denize Cristina de Oliveira, Rafael Moura Coelho Pecly Wolter.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Reiki (Sistema de cura). 2. Representações sociais. 3. Enfermagem. 4. Terapias alternativas. I. Oliveira, Denize Cristina de. II. Wolter, Rafael Moura Coelho Pecly. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

José Henrique do Nascimento Bessa

As relações estabelecidas entre a terapia Reiki e o bem estar subjetivo mediadas pelas representações sociais

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em: 17 de fevereiro de 2014.

Branca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Denize Cristina de Oliveira (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Carla Luzia França Araújo
Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ

_____

Prof.ª Dra. Neide Aparecida Titonelli Alvim
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

_____

Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes
Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Prof. Dr. Rafael Moura Coelho Pecly Wolter (Co-Orientador)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Rio de Janeiro

2014

DEDICATÓRIA

A Deus, por nos proporcionar energia e equilíbrio, de modo que possamos alcançar nossos objetivos.

Ao meu pai, Anísio de Salles Bessa, e a minha mãe, Cedeliza do Nascimento Bessa, pelo investimento e estímulo, mesmo em momentos de dificuldade, sempre doando sabedoria, força e oração.

À minha esposa, Luzia Masello Bessa, e minha filha, Ana Carolina Masello Bessa, pela presença e paciência nas minhas ausências.

Ao meu tio-padrinho José de Salles Bessa, por ter me presentear com livros que contribuíram com a minha formação.

Aos clientes, pela paciência, compreensão e disponibilidade em participar da coleta de dados, que possibilitou a realização desta Tese.

A mim, pela perseverança e determinação incansável para alcançar a minha capacitação profissional.

AGRADECIMENTOS

Aos Gerentes da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), pela liberação que facilitou a minha capacitação.

Aos Chefes e Subchefes do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúgica, pelo apoio, orientação e por confiarem na minha capacitação ao Doutorado.

À professora Denize Cristina de Oliveira, orientadora e ao professor Rafael Moura Coelho Pecly Wolter, coorientador, pela orientação, crença e estímulo em todos os momentos desta caminhada.

Ao professor Antonio Marcos Tosoli Gomes e Professora Célia Caldeira Fonseca Kestenberg por contribuírem com a organização inicial desta proposta de estudo.

Aos professores Ingryd Cunha Ventura Felipe, Margarida Maria Rocha Bernardes e Alexandre Vicente da Silva pelo investimento incansável na coleta de dados desta Tese.

Aos clientes atendidos pelo Projeto de Extensão "Saúde-se" que acreditam neste trabalho que vem sendo realizado pelos terapeutas desde setembro de 2001.

Aos funcionários da secretaria de graduação e pós-graduação pelo suporte quanto às orientações, encaminhamentos e paciência com que atendiam às minhas solicitações.

Aos professores da Banca examinadora que contribuíram com a execução desta Tese desde o período da qualificação até o momento da defesa.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Promoção da Saúde e Práticas de Cuidado de Enfermagem e Saúde de Grupos Populacionais que contribuíram de forma inestimável na construção dessa Tese, durante as apresentações nas reuniões do grupo.

Finalmente, a Deus que mantém a minha energia integrada a este oceano de energia que proporciona equilíbrio a este universo maravilhoso, que até este momento, não temos tecnologia para entender todo este potencial inestimável e quem sabe inesgotável de energia, captados por todos os seres visíveis e invisíveis.

O ser humano deve ter Tranquilidade para aceitar o que precisa ser mantido, Coragem para mudar o que precisa ser mudado e Sabedoria para distinguir um do outro.

Martti Oiva Kalevi Ahtisaari

RESUMO

BESSA, José Henrique do Nascimento. **As relações estabelecidas entre a terapia Reiki e o bem estar subjetivo mediadas pelas representações sociais**. 2014. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

O objetivo do presente estudo é analisar o impacto da terapia Reiki no bem estar subjetivo e suas representações sociais em uma universidade pública do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, com abordagem experimental, apoiado na Teoria de Representações Sociais. O grupo estudado foi composto de 60 sujeitos que não tiverem acesso à terapia anteriormente entrevistados antes e depois de três sessões de Reiki. Os dados foram coletados através de quatro instrumentos: questionário de identificação dos sujeitos, questionário de representação social do Reiki, questionário de evocação livre e escala de Bem estar Subjetivo. A análise dos dados foi realizada com estatística descritiva e inferencial com o software SPSS 19, análise estrutural e análise de conteúdo das representações sociais, a partir do *software* EVOC. Os sujeitos participantes são do sexo feminino (88,33%); nível superior (76,66%); discentes de ensino superior e médio e enfermeiros (48,34%); está empregado (56,67%); renda pessoal inferior a R$ 1.000,00 (41,67%); solteiro (61,67%); vive sozinho (68,33%); tem companheiro fixo (68,33%); sem doença (58,33%); uso de terapia não convencional (63,33%); tem religião (88,33%) e religião católica (33,33%) e evangélica (21,67%). Quanto às representações sociais, a busca do Reiki antes e depois do experimento revelou duas categorias com maior frequência, que são: equilíbrio da saúde mental, antes (35,44%) e depois (50,65%) e equilíbrio da saúde física, antes (16,46%) e depois (27,27%). Quanto à estrutura representacional do Reiki, o possível núcleo central dos dois grupos analisados foi composto pelas palavras energia, relaxamento e tranquilidade, configurando-se como uma dimensão funcional e positiva do Reiki e não apresentando variação da representação antes e depois da realização da terapia. O estudo experimental apresentou como resultados: No experimento I: diferença estatisticamente significante na dimensão afeto positivo, com escore maior no grupo de sujeitos que recebeu a terapia Reiki comparado aos que não receberam. No experimento II: diferença estatisticamente significante na dimensão afeto negativo, com escore maior no grupo de sujeitos que recebeu informação do Reiki associado à religiosidade comparado àqueles que receberam outros tipos de informação. E no experimento III: na dimensão afeto positivo, observou-se que todos os escores se elevaram, apontando para um efeito generalizado e inespecífico da realização do Reiki e da informação sobre o afeto positivo, exceto no que se refere à informação de espiritualidade que apresentou inversão das médias. No afeto negativo observou-se que todos os escores diminuíram, apontando para um efeito generalizado e inespecífico da realização do Reiki. Na dimensão cognitiva as médias dos escores antes e depois das manipulações experimentais praticamente não se alteraram. Conclui-se que a terapia Reiki favoreceu na manutenção do equilíbrio energético dos usuários, através de relaxamento, tranquilidade e sentimentos positivos, proporcionando, assim, efeitos psicológicos saudáveis, nutrindo e fortificando o campo energético dos usuários que participaram do estudo.

Palavras-chave: Terapia Reiki. Bem estar subjetivo. Representação social. Enfermagem.

ABSTRACT

BESSA, José Henrique do Nascimento. **The relationship established between Reiki therapy and the subjective well-being mediated by social representations**. 2014. 160 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

The objective of this study is to analyze the impact of Reiki therapy on the subjective well-being of users and their social representations in a public university in Rio de Janeiro. It is a quantitative-qualitative research with experimental approach, with its referential supported on the Theory of Social Representations. The study group was composed of 60 subjects who never had access to therapy, interviewed before and after three sessions of Reiki. The data were collected by means of four instruments: questionnaire for identification of subjects, questionnaire for social representation of Reiki, questionnaire for free evocation and Subjective Well-Being scale. The data analysis was performed with descriptive and inferential statistics with the software SPSS 19; structural analysis and content analysis of social representations from the *EVOC software*. The participants are female (88.33%); college education (76.66%); students of higher education and high school and nurses (or 48.34%); are employed (56.67%); personal income less than R$ 1,000.00 (41.67%); single (61.67%); lives alone (68.33%); have steady companion (68.33%); without disease (58.33%); use of non-conventional therapy (63.33%); has religion (88.33%) and Catholic religion (33.33%) and evangelical (21.67%). As to the search of Reiki before and after, two categories emerged from six with greater frequency, which are the balance of mental health, before (35.44%) and after (50.65%) and balance of physical health, before (16.46%) and after (27.27%). Regarding the representational structure of Reiki, the possible central nucleus of two groups analyzed was composed by the words energy, relaxation and tranquility, configuring it as a functional dimension and positive Reiki and not showing variation of representation before and after the completion of therapy. The experimental study presented as results in experiment I: no statistically significant difference in positive affective dimension, with higher scores in the group of subjects who received the Reiki therapy compared to those who did not. In experiment II: no statistically significant difference in the dimension negative affection, with higher scores in the group of subjects who received information from Reiki associated with religiosity compared to those who received other types of information. Moreover, in experiment III: in the dimension positive affection, it was observed that all the scores are totaled, pointing to a widespread effect and unspecific of realization of Reiki and the information on the positive affection, except regarding the information on spirituality that presented inversion of averages. In negative affection it is observed that all scores decreased, pointing to a generalized and nonspecific effect the completion of Reiki and the cognitive dimension score averages of the variables before and after the experimental manipulations are virtually not changed. It is concluded that Reiki therapy favored the maintenance of energy balance by users, through relaxation, tranquility and positive feelings, thus providing healthy psychological effects, nurturing and fortifying the energy field of the users who participated in the study.

Keywords: Reiki therapy. Subjective well-being. Social representation. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura - Sete chacras do corpo vistos pela frente e pelas costas 50

Quadro 1- Conceitos das terapias convencional e alternativa segundo Aakster (2004) 59

Quadro 2- Características do sistema central e sistema periférico de uma representação social 90

Quadro 3- Quadro de divisão dos grupos amostrais - experimental e controle - e tipos de terapia aplicada 94

Quadro 4- Quadro de quatro casas do conjunto dos sujeitos usuários de terapia Reiki estudados - Rio de Janeiro – 2013 114

Quadro 5- Quadro de quatro casas das evocações produzidas antes da aplicação do Reiki e da informação - Rio de Janeiro – 2013 116

Quadro 6- Quadro de quatro casas das evocações produzidas depois da aplicação do Reiki e da informação - Rio de Janeiro – 2013 116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos estudados por sexo - Rio de Janeiro – 2013 104
Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos estudados por escolaridade - Rio de Janeiro – 2013 105
Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos estudados por ocupação - Rio de Janeiro – 2013 105
Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos estudados por situação de trabalho e emprego - Rio de Janeiro – 2013 105
Tabela 5 - Distribuição dos sujeitos estudados por renda pessoal - Rio de Janeiro – 2013 106
Tabela 6 - Distribuição dos sujeitos estudados por estado civil - Rio de Janeiro – 2013 106
Tabela 7 - Distribuição dos sujeitos estudados segundo estado marital - Rio de Janeiro – 2013 106
Tabela 8 - Distribuição dos sujeitos estudados segundo relacionamento afetivo - Rio de Janeiro – 2013 107
Tabela 9 - Distribuição dos sujeitos estudados segundo doença - Rio de Janeiro – 2013 107
Tabela 10 - Distribuição dos sujeitos estudados segundo uso de terapia não convencional - Rio de Janeiro – 2013 107
Tabela 11 - Distribuição dos sujeitos estudados por religião - Rio de Janeiro - 2013 108
Tabela 12 - Distribuição dos sujeitos estudados por tipo de religião - Rio de Janeiro – 2013 108
Tabela 13 - Distribuição dos sujeitos estudados segundo categorias explicativas da busca do Reiki - Rio de Janeiro – 2013 112
Tabela 14 - Distribuição dos sujeitos estudados segundo categorias explicativas da terapia Reiki - Rio de Janeiro – 2013 113
Tabela 15 - Médias dos escores das dimensões de bem estar subjetivo antes da manipulação experimental de todos os participantes do estudo - Rio de Janeiro – 2013 121

Tabela 16 - Médias de escore das dimensões de bem estar subjetivo, antes da manipulação experimental dos participantes que receberão e não receberão a terapia Reiki - Rio de Janeiro – 2013 121
Tabela 17 - Médias de escores das dimensões de bem estar subjetivo depois da manipulação experimental dos participantes que receberam e não receberam a terapia Reiki - Rio de Janeiro – 2013 122
Tabela 18 - Médias dos escores das dimensões de bem estar subjetivo antes da manipulação experimental acerca das crenças sobre o Reiki - Rio de Janeiro – 2013 123
Tabela 19 - Médias dos escores das dimensões de bem estar subjetivo depois da manipulação experimental acerca das crenças sobre o Reiki - Rio de Janeiro – 2013 124
Tabela 20 - Médias dos escores da dimensão afeto positivo antes das duas manipulações experimentais - Rio de Janeiro – 2013 126
Tabela 21 - Médias dos escores da dimensão afeto positivo depois das duas manipulações experimentais - Rio de Janeiro – 2013 127
Tabela 22 - Médias dos escores da dimensão afeto negativo antes das manipulações experimentais - Rio de Janeiro – 2013 128
Tabela 23 - Médias dos escores da dimensão afeto negativo depois das manipulações experimentais - Rio de Janeiro – 2013 128
Tabela 24 - Médias dos escores da dimensão cognitiva antes das duas manipulações experimentais - Rio de Janeiro – 2013 129
Tabela 25 - Médias dos escores da dimensão cognitiva depois das manipulações experimentais - Rio de Janeiro – 2013 130

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	**CAMPOS ENERGÉTICOS: BASES EXPLICATIVAS DA CIÊNCIA**	23
2	**AS TERAPIAS NÃO CONVENCIONAIS DE SAÚDE E O PARADIGMA HOLÍSTICO**	38
2.1	**O ser humano e os campos energéticos**	40
2.1.1	Camadas da aura e chacras	41
2.1.2	Localização e função dos chacras	43
2.2	**Inserção da terapia não convencional no sistema de saúde brasileiro**	51
2.3	**Cuidado de enfermagem e as terapias não convencionais**	53
2.4	**O Reiki como conhecimento reificado**	60
2.4.1	Conceituação e aplicação da terapia Reiki	60
2.4.2	A construção do conhecimento sobre a terapia Reiki	67
3	**CONHECIMENTO REIFICADO DO BEM ESTAR SUBJETIVO**	71
3.1	**Definição e estrutura do bem estar subjetivo**	71
3.2	**Avaliação do bem estar subjetivo**	75
4	**TEORIA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**	79
4.1	**Conceitos básicos da teoria de representações sociais**	79
4.2	**Abordagens teóricas complementares**	86
5	**METODOLOGIA**	92
5.1	**Tipo de estudo**	92
5.2	**Campo de estudo**	92
5.3	**População e amostra do estudo**	93
5.4	**Variáveis independente e dependente do estudo experimental**	95
5.5	**Procedimentos de pesquisa**	95
5.6	**Coleta de dados**	98
5.7	**Análise dos dados**	99
5.7.1	Análise do estudo experimental	99
5.7.2	Análise das representações sociais	100
5.7.2.1	Análise da estrutura da representação social do Reiki	100
5.7.2.2	Análise das razões da busca do Reiki	102

5.8 **Aspectos éticos** 103
6 **RESULTADOS E DISCUSSÃO** 104
6.1 **Perfil dos sujeitos participantes** 104
6.1.1 Discussão do perfil dos sujeitos 108
6.2 **Representação social do Reiki** 112
6.2.1 Categorias explicativas da busca do Reiki 112
6.2.2 Estrutura e conteúdos da representação social do Reiki 113
6.2.3 Discussão da representação social do Reiki 118
6.3 **Resultados dos estudos experimentais** 120
6.3.1 Experimento I: efeito da aplicação da terapia reiki no bem estar subjetivo 120
6.3.2 Experimento II: efeito das crenças sobre o bem estar subjetivo 123
6.3.3 Experimento III: efeito sinérgico da aplicação do reiki e da informação sobre as crenças 125
6.3.3.1 Discussão dos estudos experimentais 131
CONCLUSÕES..... 138
REFERÊNCIAS..... 144
APÊNDICE A - Questionário de Identificação dos Usuários 153
APÊNDICE B - Questionário de Representação Social do Reiki 154
APÊNDICE C - Questionário de Evocações Livres 155
APÊNDICE D - *Script* para o Terapeuta – Orientações sobre a Terapia Reiki . 156
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 157
ANEXO A - Escala de Bem Estar Subjetivo (Subescala 1) 158
ANEXO B - Escala de Bem Estar Subjetivo (Subescala 2) 159
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética 160

INTRODUÇÃO

A motivação para este estudo decorreu de vivências e observações realizadas nos anos de aproximação à terapia Reiki, bem como na observação dos dramas humanos vivenciados na cotidianidade das instituições de saúde, das unidades acadêmicas, dos núcleos familiares e dos grupos de amigos, entre outros. Nesse aspecto, observou-se que os indivíduos apresentam desequilíbrios energéticos, emocionais, afetivos, psicológicos e pessoais, às vezes transformando situações simples em problemas de difícil solução. A partir dos processos de aprendizagem, especialmente aqueles ligados às dimensões profundas e espirituais do homem, como os estágios de iniciação ao REIKI, por exemplo, pode-se estabelecer o reconhecimento e o respeito às qualidades individuais dos seres humanos e a valoração dos resultados alcançados nas situações mais simples do cotidiano.

Neste contexto, em setembro de 2001, iniciou-se o atendimento numa instituição de ensino público universitária do Rio de Janeiro, através do projeto de extensão "SAÚDE-SE", com o propósito de atender os docentes e discentes desta instituição. A partir do aumento da demanda e da solicitação para atendimento de pais, mães, irmãos e avós, entre outros, o projeto se consolidou, possibilitando a escuta, a orientação e a autopercepção de pensamentos, sentimentos, emoções permitindo, assim, o melhor enfretamento dos desafios da vida cotidiana.

A prática cotidiana de atendimento através da aplicação da terapia Reiki a um grande número de pessoas trouxe ao autor um conjunto de questionamentos, alguns dos quais se pretende responder com este estudo. A primeira ordem de perguntas se refere aos modos de compreender a terapia Reiki pelos sujeitos que a utilizam; a segunda aos modos de ação da terapia Reiki; e a terceira ao impacto das representações e crenças sobre os efeitos sentidos da mesma terapia.

O Reiki como objeto de estudo é considerado um método natural de aplicação da denominada "Energia Vital Universal", que se apresenta naturalmente ilimitada e inesgotável. Essa terapia é baseada em conhecimentos tradicionais sistematizados por Mikao Usui, considerando que, com a imposição das mãos junto ou sobre o corpo do cliente, contribui-se para equilibrar, restaurar, aperfeiçoar e curar corpos orgânicos, criando um estado de harmonia.

Destaca-se que a formação etimológica da palavra inclui a partícula REI, que significa Energia Universal e a essência energética cósmica, e KI, que, por sua vez, refere-se à Energia

Vital Individual. Segundo De' Carli (1999, p. 31) a mesma possui outras denominações, como "*pneuma* (na Grécia), *Mana* (na Polinésia), *Prana* (na Índia), *Ruach* (em Hebraico), *Barraka* (em Islâmico), *Chi* (na China), *Energia Bioplasmática* (na Rússia), *Orenda* (para os Índios Iroques Americanos), *Archaeus* (para Paracelso), *energia orgônica* (para Reich) e *Ki* (no Japão)".

A energia Reiki apresenta-se como uma das possíveis canalizações da energia vital disponível aos seres humanos, pois possui, intrinsecamente, aquilo que a intuição humana qualifica de divino e, por isso, nada exclui, jamais é enviada ou forçada e, como consequência, é atraída pelo receptor. Por ser uma energia inteligente, se dirige para as áreas de deficiência do corpo humano (COUTINHO, 2001; DE' CARLI, 1999). Portanto, enquanto forma de terapia, permite que esta energia flua adequadamente pela totalidade do ser, proporcionando serenidade e bem estar em estados energéticos alterados.

É importante salientar que muitas manifestações físicas podem ser originadas por influência de energias de várias fontes e algumas da própria pessoa, tais como os sentimentos de raiva, de ódio, de mágoa, de tristeza, de medo e de insegurança, e os padrões mentais e espirituais podem alterar o equilíbrio dos chacras e proporcionar alterações físicas de gravidade variada.

O campo bioenergético humano, conforme Fraser e Massey (2010, p. 178), "é uma estrutura energética e informacional inteligente e funciona de forma interdependente com o corpo físico, consequentemente um não pode existir sem o outro".

De acordo com Brennan (2006, p. 67), "este campo de energia humana pode ser descrito como um corpo luminoso que cerca o corpo físico e o penetra, emitindo uma radiação característica própria, sendo denominado de aura". Essa aura geralmente é dividida em camadas que se interpenetram e cercam umas às outras de acordo com suas vibrações, que aumentam à medida que vão se afastando do corpo físico.

Para Jonas e Chez (2004 apud FERREIRA, 2007) e Rubik (2002), e as terapias não convencionais são um grande desafio para o paradigma biomédico, pois elas envolvem a interação de campos sutis, podendo ser consideradas como terapias de biocampos. Incluem-se, além do Reiki, terapias como acupuntura, magnetoterapia, floral, toque terapêutico, cromoterapia, dentre outras, que coletivamente podem ser chamadas de terapias energéticas.

A terapia Reiki é um método fundamental para reestruturação dos padrões energéticos dos chacras nos seus usuários, pois estes se relacionam diretamente com todos os sistemas do corpo humano podendo, desta forma, proporcionar maior resolutividade das alterações de saúde das pessoas, com um menor custo para o usuário e as instituições de saúde.

A terapia Reiki se apoia no princípio do holismo que está intimamente relacionado com o todo, definido por Smuts (1920 apud PINHEIRO, 2007, p. 36) como uma "tendência natural de evolução criativa no qual, na propriedade de um sistema, deve-se considerar os aspectos biológicos, psíquicos, sociais e espirituais do ser humano e não somente a soma de seus componentes".

Os princípios holísticos de que a parte está intimamente relacionada com o todo, de que todas as formas de vida são solidárias entre si e de que a harmonia do conjunto é o resultado do equilíbrio dos seres humanos, são contribuições da física quântica.

As terapias holísticas partem do pressuposto de que tudo deve ser considerado em sua totalidade, sendo um contraponto à visão cartesiana que busca analisar tudo, dividir em partes para conhecer, caracterizando que tudo se manifesta de forma fragmentada (MCKENZIE, 1998; PRIMACK, 2005).

Por sua vez, o Reiki, enquanto terapia energética é um método que pode contribuir para ampliar esta visão e conferir credibilidade às terapias não convencionais (MORRIS, 2001; PETTER, 2002; PRIMACK, 2005).

Existem várias denominações para as terapias não convencionais, implicando dificuldade para sua conceituação. Em termos de abrangência, inexiste uma delimitação clara, podendo ser mais ou menos ampla na dependência do grupo sócio-profissional que a define. Pode ser utilizada como uma "alternativa à medicina" ou como "medicina com outras alternativas" (AKIYAMA, 2004).

Barros e Neves (2006) citam que o significado das palavras muda de acordo com a posição com as quais estas são utilizadas, o que proporciona uma dificuldade de definição, podendo estar relacionada a uma significação por posições ideológicas e pelo processo histórico no qual as palavras foram produzidas. Isto contribuiu para que esta terapia receba denominações variadas: Medicina Alternativa, Holística ou Não Convencional; Práticas Integrativas de Saúde, Medicina Tradicional ou Complementar.

A expressão inicialmente definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1962 foi "medicina alternativa", sendo proposto como uma prática aliada a um conjunto de saberes médicos tradicionais, com a intenção de dar conta das situações de adoecimento dos grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo (MADEL, 2005). A denominação "medicina alternativa" contribuiu para a imprecisão conceitual, incluindo citações relacionadas à construção de diagnóstico; intervenções cirúrgicas alternativas e tratamentos clínicos alternativos. Estes termos são utilizados como estratégias para favorecer o modelo oficial, operar reformas no modelo de administração ou no modelo de assistência

técnica e na tipologia de novos sistemas terapêuticos. Estas estratégias dificultam diferenciar a racionalidade médica de uma alternativa não biomédica (BARROS; NEVES, 2006).

Os modelos cartesianos de atenção à saúde, ao longo dos anos têm conseguido resultados na cura de doenças e de várias epidemias, porém ainda se depara com diversas dificuldades, como o avanço e a diversidade das patologias existentes, o não impacto proporcional das tecnologias duras no nível de saúde da população e as consequências ambientais e coletivas do desenvolvimento desenfreado (CAPRA, 2004; WALDOW, 2003).

Goswami (2011) refere que a terapia não convencional procura mais do que a cura material, sendo plenamente justificável na atualidade onde é preciso curar o corpo físico, mas também estar atento aos outros corpos que compõem o ser humano, pois saúde é quando todos os corpos funcionam em sincronia. Menelau (2011b, p. 52) acrescenta ser necessário o desenvolvimento de uma "nova visão que compreenda que o todo é maior que a soma das partes e que o pesquisador não perca esta visão do todo quando estiver analisando as partes", em sintonia com o paradigma holístico.

Considerando a complexidade de encontrar uma solução terminológica para caracterizar estes tipos de intervenção em saúde, a OMS define as terapias complementares alternativas como sendo, não convencionais, abrangendo todas as terapias que não são utilizadas pela terapia convencional (AGUIAR JÚNIOR, 2009).

Refletindo sobre a questão conceitual, Barros e Neves (2006) referem que a imprecisão conceitual evoluiu para duas perspectivas: uma vista como sinônimo de terapia alternativa e outra de manutenção do significado original da lógica complementar, que está sendo substituída pelo termo terapia integrativa.

Desta forma, as terapias não convencionais constituem um grupo amplo e heterogêneo de modelos de prevenção, diagnóstico e tratamento. Pode-se citar as que pertencem a tradições terapêuticas de povos orientais, como a Terapia Tradicional Chinesa e a Terapia Ayurveda; as que se utilizam conhecimentos milenares da população, a exemplo da Terapia Natural; a Homeopatia que utiliza como pressuposto a cura pelo semelhante, constituindo uma divergência com a Terapia Convencional. As Terapias Bioenergéticas, onde se enquadra o Reiki, utilizam como princípio a existência de energia sutil que interage com o campo energético do corpo humano, produzindo um relaxamento profundo, desbloqueio energético, harmonização interior e resgate da saúde (DE'CARLI, 1999, 2006).

Neste estudo optou-se pela utilização do termo terapia não convencional, pois adotam uma postura holística e valorizam o que a natureza pode proporcionar. Além de se colocarem fora do contexto convencional da racionalidade do modelo terapêutico dominante da

especialidade, tecnologia por instrumentos e de mercado, podendo ser considerada como uma inovadora tecnologia de cuidado de saúde e de enfermagem.

No atual contexto, a política de saúde no Brasil vem sendo orientada pelo paradigma humanístico e pelo estímulo à implementação de novas tecnologias de cuidado, pois o atual modelo de assistência tem sido insuficiente para dar conta da complexidade crescente das necessidades da população.

No entanto, a consolidação de uma política e a inserção de práticas terapêuticas não convencionais que utilizam novas tecnologias de cuidado nos serviços de saúde exige a demonstração de evidências científicas que as sustentem.

Os efeitos do Reiki sobre a saúde, além das dimensões objetivas, vêm sendo estudado numa dimensão subjetiva que inclui fenômenos de respostas emocionais, domínios de satisfação e julgamentos globais de satisfação de vida. Nessa perspectiva, pode-se compreender o bem estar subjetivo como um fenômeno multidimensional que envolve a satisfação com a vida global e com áreas específicas, e também índices altos de afetos positivos e baixos de afetos negativos (GALINHA; RIBEIRO, 2005).

A partir do conhecimento dos modos como a terapia Reiki atua nos campos energéticos das pessoas que o utilizam, pressupõe-se que essa terapia pode contribuir para manter o equilíbrio físico, mental, emocional e espiritual levando a melhora da satisfação com a vida, à elevação dos índices de afetos positivos e a diminuição dos índices de afetos negativos, contribuindo com o bem estar subjetivo global.

Nessa medida, pretendeu-se com esta pesquisa uma primeira ordem de explicação que se refere à verificação do impacto da terapia Reiki e do sistema de crenças sobre o bem estar subjetivo dos seus usuários. Essa análise foi realizada através de três estudos experimentais. O primeiro voltado à mensuração da aplicação da terapia Reiki nas três dimensões compreendidas no bem estar subjetivo: afeto positivo, afeto negativo e cognitiva. O segundo refere-se à verificação do impacto de diferentes tipos de informação sobre a ação do Reiki no bem estar subjetivo dos seus usuários nas mesmas dimensões. E o terceiro refere-se à mensuração da ação cruzada das duas situações experimentais (aplicação do Reiki e informação) sobre o bem estar subjetivo.

Um segundo nível de análise necessária ao objeto de estudo são as construções simbólicas dos grupos sociais analisados sobre a terapia Reiki, como um ajuste necessário para a criação social do objeto e sua adequação ao mundo, devendo estas ser compreendidas num contexto de interação das relações de comunicação.

Uma das bases teóricas deste estudo, portanto, é a teoria de representações sociais, estruturada por Moscovici (1978) e que recebeu contribuições para sua maturidade científica, por meio de pesquisas realizadas por Jodelet e outros autores, no Brasil e no exterior. Sá (1993) salienta que as representações sociais acontecem em todas as ocasiões e lugares onde os seres humanos se encontram e se comunicam, e isto faz parte da vida em sociedade.

Moscovici (2012, p. 48) define a representação social como

> Um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam no cotidiano através das comunicações interindividuais; contribuem para a formação das condutas e a orientação das comunicações sociais [...] a representação social pode ser compreendida como a "teoria do senso comum" designando, numa perspectiva ampliada, uma forma de pensamento social.

A relação entre práticas e representações é um segundo campo de interesse deste estudo, uma vez que a escolha da terapia Reiki tem por base um conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes, conforme refere o autor, ao mesmo tempo que transforma esse mesmo conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes.

Para compreensão dessa relação entre práticas e representações a análise da estrutura da representação social é fundamental. Para Flament (1987 apud ABRIC, 2000, p. 32-33) os elementos periféricos.

> Primeiramente, são prescritores de comportamentos – e, [...], de tomadas de posição do sujeito. Eles indicam, de fato, o que é normal de se fazer ou de se dizer em uma dada situação, considerando o significado e a finalidade desta mesma situação. Eles possibilitam, assim, a orientação das ações e reações dos sujeitos de modo instantâneo, sem a necessidade de recurso aos significados centrais.

Destacando a presença das crenças como conteúdo constitutivo das representações, Abric (2003, p. 38) define as representações sociais como "um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes [...]". A adoção do conceito de crenças neste trabalho apoia-se nessa premissa, de que elas são um dos elementos que dão corpo a representação social de um determinado objeto como a terapia Reiki.

O conceito de crenças é variável entre os diferentes campos do conhecimento e também na Psicologia Social, por isso terá um tratamento acessório neste estudo. Elas podem ser entendidas como um estado psicológico em que um indivíduo detém uma proposição ou premissa para a verdade (SCHWITZGEBEL, 2006) ou ainda, uma opinião formada ou convicção.

Parte-se da premissa de que as representações (e as crenças) sobre as formas de ação do Reiki podem interferir na percepção da própria ação da terapia. Essa premissa também se apoia na proposição de Ferreira (2013) segundo a qual o conceito de crença refere-se a ação de crer na verdade ou na possibilidade de uma coisa; convicção íntima; opinião que se adota com fé e convicção.

Albuquerque (2012) e Beck e Kuyken (2003) caracterizam que as crenças são vistas como qualquer princípio orientador que pode proporcionar significado e direção à vida. As crenças que as pessoas têm sobre si, os outros, o mundo e o futuro influenciam o modo como elas se sentem e o que e como elas pensam, afetando, portanto o seu bem estar, podendo reforçar ou inibir o comportamento. Por sua vez, Novaes (1997, p. 90) refere que a crença ”compreende aspectos históricos, culturais e sociais que influenciam na linguagem, no discurso e na forma de construir a realidade”.

Concebe-se, portanto, que as crenças são formadas a partir da visão que a pessoa tem de si e do mundo e é através delas que se pode perceber as situações da vida, ou seja, à medida que as crenças vão se estabelecendo, elas vão se traduzindo em diferentes representações, que poderão reforçar as crenças que as originaram ou modificá-las.

Considerando que a vida cotidiana acontece por meio das relações que o ser humano mantém no seu dia a dia com o mundo, favorecendo a interpretação coletiva desta realidade vivida e comunicada por dado grupo social, a análise das representações sociais (e das crenças) é fundamental para a compreensão das práticas dos sujeitos de utilização da Reiki.

A segunda ordem de explicação buscada neste estudo, portanto, refere-se à explicitação dos conteúdos e da estrutura da representação social do Reiki para os seus usuários, desenvolvida através das técnicas da abordagem estrutural das representações sociais e de questões abertas sobre as razões da busca dessa terapia, antes e depois da realização da terapia Reiki.

Desta forma, para a orientação deste estudo foram propostas as seguintes hipóteses: a) a terapia Reiki atua na elevação do bem estar subjetivo dos seus usuários; b) as crenças sobre a terapia Reiki não interferem nos níveis de bem estar subjetivo; c) as representações sociais do Reiki se estruturam a partir da dimensão positiva do bem estar subjetivo.

O cuidado de enfermagem e a terapia Reiki constituem-se em processos de interação entre seres humanos, configurando-se como dimensões da prática profissional e tecnologias de cuidado de saúde. Estas representam compromisso e envolvimento, incluindo-se na ação de cuidar afeto e consideração (WALDOW, 2007; WATSON, 2002). O cuidado de enfermagem e a terapia Reiki, enquanto tecnologia desse cuidado, envolvem, portanto, o bem

estar subjetivo em todas as suas dimensões, no sentido de promover o bem estar dos sujeitos que estão sendo cuidados, atendendo-os na totalidade de suas necessidades e respeitando sua individualidade e, com isso, facilitando a aquisição de uma consciência mais plena da realidade da vida cotidiana.

O Reiki, enquanto terapia orientada a partir da perspectiva da energia, parte da premissa de que a estrutura do ser humano, bem como a consciência que nele emerge, é constituída de distintas frequências energéticas que estruturam o corpo físico visível e invisível. Portanto, tudo que envolve a vida deste ser vivo e o trabalho energético conduzido pelo terapeuta exibirá graus variados de possibilidades de reequilíbrio da totalidade dos usuários, pois o ideal desta terapia é elevar o padrão vibracional dos seres vivos que a receberem como proposta terapêutica (MORRIS, 2001).

Portanto, a terapia Reiki permite trabalhar, ao mesmo tempo, nas causas e nos efeitos que estão na origem do desequilíbrio energético, intervindo nos mesmos, já que os homens são um composto de pensamentos, imaginação e sentimentos (LEADBEATER, 1989). O emprego de uma tecnologia de cuidado energético como o Reiki, pode proporcionar o desbloqueio das energias, através de sua frequência de vibração mais alta, de modo que os sujeitos possam lidar de forma plena e assertiva com os desafios do cotidiano de vida e, também contribuir com um resultado mais satisfatório em relação às outras modalidades de terapias que estejam sendo utilizadas (STEIN, 2005).

No que se refere à inserção das Terapias Não Convencionais nas práticas de enfermagem, Cecílio (2001) refere que a consulta de enfermagem pode promover uma integralidade focalizada, mesmo tendo consciência de que a integralidade do cuidado só pode ser alcançada como fruto do trabalho de uma equipe de saúde. Este resultado se dá por meio do investimento dos profissionais da equipe de saúde, com vistas ao cuidado integral em saúde, ou seja, uma visão de assistência holística dos usuários dos serviços.

A consulta de enfermagem é uma atividade específica do enfermeiro, conforme decreto Lei nº 94.406 de junho de 1987, sendo utilizada prioritariamente para promoção da saúde e qualidade de vida do indivíduo, sendo um espaço destacado para o desenvolvimento das Terapias Não Convencionais (BRASIL, 1987).

O enfermeiro apresenta-se como uma um profissional que tem contato prolongado com o usuário, o que pode permitir uma maior aproximação entre ambos e a compreensão dos seus medos, necessidades e a avaliação dos seus desafios, possibilitando a detecção dos mais variados tipos de manifestações e necessidades. A consulta de enfermagem, enquanto tecnologia de cuidado possibilita o uso das terapias não convencionais, dentre elas a terapia

Reiki, que é um método sistematizado que contribui para a promoção e manutenção do e bem estar e do equilíbrio físico, emocional, mental e espiritual dos usuários.

O enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, poderá ser capaz de reconhecer as demandas específicas e aquelas pertencentes à realidade da vida cotidiana de cada usuário da terapia Reiki. Esta terapia fortalece a abordagem holística e também pode contribuir com evidências científicas, eficiência do profissional enfermeiro e estruturação de uma inovação tecnológica de cuidado.

Alguns profissionais de enfermagem que desenvolvem suas atividades na área de terapia Reiki, estão utilizando a mesma em hospitais, salas de cirurgias, tornando o ambiente mais tranquilo e reduzindo, com isso, a possibilidade de contaminações e de sangramentos. Simultaneamente, esta atuação tem acelerado a convalescença, aliviado a dor em clientes terminais e ajudado na aceitação dos momentos de desconforto e de insegurança (LÜBECK, 1997, 2010).

Cabe ressaltar que é importante valorizar as terapias não convencionais, porém sabe-se que ainda se faz necessária a utilização de outras modalidades terapêuticas, convencionais e não convencionais. Isto porque é necessário compreender que tudo o que foi separado deverá se unir em prol do equilíbrio energético dos seres humanos e estes deverão também contribuir com os seus companheiros e com a natureza, sendo necessário ampliar os estudos científicos em relação ao uso e ao benefício dessas terapias.

A partir das premissas colocadas o objetivo geral deste estudo foi analisar o impacto da terapia Reiki no bem estar subjetivo dos usuários e suas representações sociais em um serviço de atendimento de uma universidade pública do Rio de Janeiro.

Os objetivos específicos pretendidos foram: avaliar o impacto da terapia Reiki nos níveis de bem estar subjetivo; analisar o efeito das crenças acerca da terapia Reiki sobre o bem estar subjetivo; conhecer as representações sociais da terapia Reiki e discutir a pertinência da utilização da terapia Reiki como tecnologia de cuidado de enfermagem.

A relevância dessa pesquisa tem relação direta com a pequena produção de estudos científicos para verificação da funcionalidade da terapia Reiki no Brasil, tornando-se necessárias novas pesquisas que contribuam para a promoção de conhecimento e a avaliação desta terapia no meio acadêmico. Ao mesmo tempo, a sua importância se coloca pela possibilidade de fortalecer um referencial teórico-metodológico para outros pesquisadores da área de saúde e de outras áreas. O enfoque preventivo da terapia e sua utilização, antes que as alterações energéticas, físicas, emocionais e mentais se manifestem nos clientes, é uma última forma de contribuição reforçando a aceitação do Reiki pelas instituições de saúde.

Finalmente, cabe ressaltar, que o Reiki pode ser utilizado como uma tecnologia inovadora de cuidado de enfermagem, pois através deste o usuário recebe energia que proporciona equilíbrio nos campos energéticos que o compõem, e como consequência poderá apresentar aumento do bem estar subjetivo positivo, tornando-se, assim, um cidadão com maior possibilidade de contribuir com a realidade da vida cotidiana.

1 **CAMPOS ENERGÉTICOS: BASES EXPLICATIVAS DA CIÊNCIA**

O método científico ocidental historicamente se apoiou em provas matemáticas e experimentais, não a encontrando, buscando construir teorias para explicar os fenômenos da vida cotidiana. Ao se deparar com novos fenômenos, que não podem ser explicados pelas teorias existentes, procura criar novas teorias.

Diante deste contexto, o processo de construir maneiras diferentes para descrever fenômenos novos baseado no método científico, desafiando a forma atual de pensar sobre a natureza da realidade física, em dado momento pode ser limitado. Algumas teorias são importantes para aumentar a possibilidade de entendimento da constituição energética do ser humano e como esta pode interagir com o universo.

Serão apresentadas, neste capítulo, algumas abordagens teórico-conceituais em que a visão científica sustenta a ideia de que os seres humanos são compostos de campos de energia e de que neste universo energético todas as coisas estão interligadas, correspondo assim, a experiência holística da realidade.

O sucesso da Teoria Newtoniana a partir do século 17, que descreveu com êxito os movimentos dos planetas, das máquinas mecânicas e dos fluidos em movimento contínuo, incentivou os físicos do século XIX na crença de que "o universo consistia de um imenso sistema mecânico" (BRENNAN, 2006, p. 43). As leis do movimento de Newton eram consideradas as leis básicas da natureza e sustentavam as ideias do tempo e do espaço absolutos e dos fenômenos físicos causais da natureza. Para Brennan (2006, p. 43), "tudo podia ser descrito de forma objetiva e todas as reações tinham uma causa física, como bolas que se chocam numa mesa de bilhar".

Brennan (2006. p. 43) complementa sobre as leis de Newton que

> Essa maneira de ver as coisas era muito confortadora e ainda o é para aqueles que preferem ver o mundo sólido e em grande parte imutável, com conjuntos de regras claras e definidas governando o seu funcionamento. A vida de todos os dias, em várias situações, ainda é regida de acordo com a mecânica newtoniana. Pondo de lado os sistemas elétricos, nossos lares são, em grande extensão, newtonianos. Entretanto, levando-se esta teoria à sua extensão literal, nos colocamos numa posição incômoda de pensar que somos compostos de minúsculas bolas de pingue pongue que rodopiam em volta umas das outras.

O século XIX foi marcado pela descoberta de novos fenômenos físicos que não podiam ser descritos pela física de Newton. A descoberta e a investigação de fenômenos

eletromagnéticos levaram a proposição da Teoria de Campo definida como uma condição do tempo e do espaço capaz de produzir uma força. Entretanto, Faraday e Maxwell (1856 apud BRENNAN, 2006) consideraram mais apropriado utilizar o conceito de campo, referindo que cada carga cria uma "perturbação" ou uma "condução" no espaço à sua volta, de modo que cada carga, quando presente, emite uma força.

Neste sentido, nasceu o conceito de um universo constituído de campos criadores de forças, que interagem umas com as outras. Este princípio científico favoreceu a possibilidade de explicar a capacidade das pessoas influírem umas nas outros à distância, através de meios diferentes daqueles da fala e da visão. Existem vários exemplos que contribuem para que se possa admitir que os seres humanos são compostos de campos, tais como: ao sentir outra presença na sala sem ver nem ouvir ninguém (interação de campo); ao ouvir em boas ou más vibrações, em mandar energia para outros (a terapia Reiki pode ser feita à distância), ou em ler os pensamentos dos outros. Essas constatações podem ser explicadas pela harmonia ou desarmonia das interações de campo.

Há mais de 100 anos, em 1905, Einstein publicou a Teoria da Relatividade, trazendo à luz uma realidade científica que fragmentou os principais conceitos referendados pela Teoria Newtoniana (BRENNAN, 2006; LIIMAA, 2011a).

A Teoria da Relatividade significou uma revolução para o século XX, pois provocou inúmeras transformações em conceitos básicos, como também proporcionou que fatos importantes, ainda não explicados à época, pudessem ser compreendidos.

Segundo Silva (2012), a Teoria da Relatividade é composta de duas outras teorias: Teoria da Relatividade Restrita, que estuda os fenômenos em relação a referenciais inerciais, e a Teoria da Relatividade Geral, que aborda fenômenos do ponto de vista não inercial. Apesar de formar uma só teoria, elas foram propostas em tempos diferentes, no entanto ambas trouxeram o conhecimento de que os movimentos do universo não são absolutos, mas sim relativos.

A Teoria da Relatividade Restrita foi construída a partir de dois importantes postulados: primeiro, que as leis da Física são as mesmas em todos os sistemas de referência inercial e segundo, chamado de constância da velocidade da luz, que afirma que a velocidade da luz no vácuo tem o mesmo valor para qualquer referencial inercial, ou seja, c = 300 000 km/s. A sua célebre equação $E = mc^2$, estabelece que matéria e energia são aspectos de uma realidade única. A matéria nada mais é do que energia densa que, em condições adequadas, pode ser convertida em energia, haja vista as bombas atômicas e as usinas nucleares, que

utilizam a energia armazenada no núcleo de minúsculos átomos de minérios radioativos, como o urânio (GOSWAMI, 2011; SILVA, 2012).

O postulado da relatividade pode não ser um assunto muito comum no dia a dia, mas ele faz parte do cotidiano. Quando se aproxima da velocidade da luz tudo muda, nesse sentido a relatividade é muito importante. É impossível ver como isso ocorre utilizando carros e aviões, mas as partículas subatômicas podem se movimentar muito rápido, podendo alcançar velocidades bem próximas à velocidade da luz (SILVA, 2012). Um instrumento muito comum na atualidade utiliza mecanismos advindos da relatividade para determinar com alta precisão a posição na Terra, ele é chamado Sistema de Posicionamento Global (GPS). Encontrado em celulares de última geração, esse instrumento depende de 24 satélites ao redor da Terra para a determinação correta da posição, mas se não fosse a relatividade, todas as medidas estariam erradas. Os cálculos e correções relativísticos são necessários em consequência da velocidade dos satélites. Essa velocidade é pequena se comparada com a velocidade da luz, mas mesmo assim os cálculos são necessários. O aparelho de GPS está cada vez mais presente no cotidiano, seja nos aviões, nos automóveis, navios, em muitos lugares podemos encontrá-lo e caso não fossem calculados os efeitos da relatividade, poderiam acontecer grandes desastres (SILVA, 2012).

Desta forma, pode-se afirmar que matéria e energia constituem uma mesma coisa, o que possibilita olhar para o corpo material com outra lógica, já que ele é, essencialmente, energia. Neste sentido, Brennan (2006, p. 60) diz que "o campo energético humano é o resultado da junção de componentes magnéticos, eletrostáticos, sônicos, térmicos e visuais, que se harmonizam por meio do processo fisiológico normal do organismo e o extrapolam, proporcionando um funcionamento psicossomático", sendo que se tornam mais concentrados ao redor dos organismos vivos.

Os chineses, com seus métodos empíricos de investigação, tinham conhecimento desta proposição há pelo menos três mil anos, fazendo uso das técnicas de acupuntura. Esta técnica se baseia no princípio de que no corpo existem canais energéticos, os meridianos, pelos quais flui energia vital, chamada de chi, associada a centros energéticos denominados de chacras. Sendo assim, esses centros energéticos estão unidos ao sistema nervoso e ao sistema endócrino, cujas glândulas secretam hormônios capazes de influenciar no estado físico, mental e emocional. Consequentemente, bloqueios nesses centros energéticos podem alterar o fluxo de energia vital pelos meridianos, que são responsáveis pelo bem estar, levando a um desequilíbrio energético e a enfermidades (GOSWAMI, 2011).

Segundo Brennan (2006), é preciso alargar as concepções sobre a estrutura da realidade. Os seres humanos tem tido experiências de aceleração do tempo ou perda da pista do tempo. Quando se aprende a observar estados de espírito, vê-se que o tempo pessoal varia com o estado de espírito do momento e com as experiências presentes.

Le Shan (1966 apud BRENNAN, 2006), em suas experiências de pôr à prova clarividentes, definiu o tempo clarividente como a qualidade de tempo experimentada por clarividentes quando utilizam os seus talentos. O que acontece tem sequência, mas só pode ser percebido do ponto de vista de ser ou experimentar o fluxo sequencial. Assim que o clarividente tenta interferir ativamente na sequência de eventos que está presenciando, é imediatamente atirado de volta ao tempo linear e não mais estará presenciando eventos fora da estrutura normal do aqui e agora. As regras que governam esse movimento da estrutura de um tempo para a estrutura de outro não são bem compreendidas. A maioria dos clarividentes será levada a "ler" determinada estrutura de tempo da vida futura ou passada de um ser humano.

Enquanto Einstein elaborava a sua Teoria da Relatividade, surgia uma nova teoria na física de partículas, a Teoria Quântica, para a qual este cientista também proporcionou contribuições significativas. Essas contribuições viriam a esmiuçar a natureza do mundo subatômico, o misterioso micromundo do emerge toda matéria prima do Universo no qual o homem habita. Teoria Quântica contribuiu para que os físicos compreendessem que o paradoxo faz parte da natureza intrínseca do mundo subatômico sobre o qual se assenta toda a realidade física, pois todas as vezes que faziam uma pergunta à natureza numa dada experiência, a natureza lhes respondia com um paradoxo (BRENNAN, 2006; GOSWAMI, 2011).

Planck descobriu em 1918 que a energia da radiação do calor, não é emitida continuamente, mas assume a forma de discretos "pacotes de energia", denominados de quanta. Um quantum é definido como um pacote de energia emitido, enquanto que quanta é considerado o plural de quantum (VIANNA, 2010).

A Teoria Quântica apresenta a realidade em novas bases nas quais o observador, um mero figurante no Universo cartesiano, passa a interferir diretamente no fenômeno observado. Tanto a luz como o elétron, uma das partículas do mundo atômico, ou até mesmo um átomo inteiro, podem apresentar um comportamento ondulatório ou um comportamento de partícula visível, localizada no tempo-espaço. O observador, dependendo da experiência idealizada para estudar o fenômeno, é que, em última instância, decide o que quer ver, se o aspecto partícula ou o aspecto ondulatório. Todas as partículas podem ser transmutadas em outras

partículas. Podem ser criadas a partir da energia e transmutadas em outras partículas; ou ainda a partir da energia e dissipar-se em energia, sendo impossível determinar com exatidão onde e quando isso acontece, mas sabe-se que isso acontece continuamente.

O mundo material, portanto, apresenta-se enquanto interação entre o observador e a coisa observada. Essa percepção da realidade é comum na tradição budista, que concebe que a realidade coemerge com o observador, sendo, portanto, inseparável dele (BRENNAN, 2006; GOSWAMI, 2010, 2011).

Para Gerber (2004, p. 68-69), pelo corpo físico ser

> Constituído de matéria tem ao mesmo tempo propriedades de partículas e propriedades ondulatórias. As frequências ondulatórias da matéria conferem singulares características de frequência aos nossos corpos físicos e etérico (molde holográfico de energia que contém os dados estruturais relativos à morfologia e à função do organismo, este molde etérico é um padrão de crescimento que dirige os processos celulares a partir de um nível genético superior). A título de exemplo, suponhamos que o corpo físico de um ser humano, quando sadio, ressoe numa frequência de 300 Hz (ciclos por segundo). Quando este ser humano está doente, está vibrando numa frequência diferente daquela que normalmente está sintonizado, o que leva aos seus mecanismos homeostáticos energéticos a tentarem fazer seu sistema voltar à frequência normal.

Segundo Gerber (2004, p. 70-71), a Teoria Energética Homeostática sugere que

> Os seres humanos assemelham-se, até certo ponto, aos elétrons de um átomo. Os elétrons ocupam casulos de energia ou regiões do espaço conhecido como orbitais. Cada orbital apresenta determinadas características de energia e frequência, dependendo do tipo de átomo e de seu peso molecular. Neste sentido, para fazer com que um elétron passe para o próximo orbital superior é preciso transmitir-lhe energia de uma determinada frequência. Somente um quantum da energia necessária fará com que o elétron salte para um orbital superior. Sendo este processo conhecido como princípio da Ressonância, de acordo com o qual os osciladores regulados só irão aceitar energia de uma estreita faixa de frequência. Com este processo de ressonância, a energia de frequência adequada irá excitar o elétron e fazer com que ele passe para um nível energético mais elevado na sua órbita em torno do núcleo.

Os seres humanos talvez se assemelhem aos elétrons, no sentido de que seus subcomponentes energéticos ocupam diferentes modos vibracionais, os quais podem ser denominados de órbitas de saúde e órbitas de doença. Considerando os seres humanos cujos sistemas energéticos estão numa órbita de doença, somente uma dose de energia sutil da frequência apropriada poderá ser aceita e fazer com que o corpo passe para uma nova órbita de saúde. As terapias não convencionais e, neste grupo, por exemplo, o Reiki, tem a capacidade de proporcionar a quantidade necessária de energia sutil para o sistema humano,

de modo a contribuir com o seu equilíbrio energético, sendo uma opção adequada para contribuir com o equilíbrio físico, emocional e mental.

Szent-Györgyi (1940 apud FRASER, MASSEY, 2010, p.87) declarou: "a célula é uma máquina dirigida por energia", ou seja, também confirmou a constituição energética do corpo humano. A partir da descoberta pelos físicos de que as partículas também podem ser ondas, porém diferentes das ondas físicas reais, como as do som ou da água, e sim, ondas de probabilidade. As ondas de probabilidade não representam probabilidades de "coisas", mas antes probabilidades de interconexões. Sendo este um conceito complexo, mas essencialmente, os físicos afirmam que não existe nada parecido com uma "coisa"; o que se costuma chamar de "coisas" são, na realidade, "eventos" ou "caminhos" que podem tornar-se eventos.

Lipton (2005 apud FRASER; MASSEY, 2010, p. 69), referiu que os pesquisadores da física quântica descobriram que

> Os átomos físicos são compostos de vórtices de energia (similares aos chacras nos seres humanos) permanentemente girando e vibrando; cada átomo é como um pião oscilante que irradia energia. Como cada átomo tem uma assinatura energética (oscilação) própria, os agrupamentos de átomos (moléculas) irradiam coletivamente os próprios padrões de energia que os identificam. Assim, cada estrutura material do universo, incluindo você e eu, irradia uma assinatura energética única.

O fato de que as células de energia tenham impactos tão profundos como moléculas físicas fornece uma explicação científica para a eficácia da medicina convencional, terapias não convencionais e cura espiritual. O antagonismo tradicional entre ciência e espírito e entre terapias não convencionais e convencionais torna-se obsoleto.

No nível quântico, acrescenta Fraser e Massey (2010, p. 73) que os

> Fótons entrelaçados tornam o laser possível, e elétrons entrelaçados explicam a supercondutividade. Pensava-se que o entrelaçamento fosse apenas um processo quântico. Contudo, Juldgaard e outros pesquisadores entrelaçaram as moléculas do gás césio, íons e até mesmo átomos de sódio (que são enormes, pelos padrões quânticos), partículas subatômicas e teletransportaram as informações que antes só se via em filmes de ficção científica. Segundo Buchanan, o que eles estão encontrando pode mudar a face da física quântica, porque, embora pareça que a informação surge de partículas quânticas, na verdade talvez seja exatamente o oposto: As partículas quânticas talvez assumam seu comportamento em virtude das informações que transportam.

A descoberta da bioluminescência, ou seja, a luz coletiva emitida por "biofótons" individuais permite afirmar que a natureza do corpo pode ser holográfica, ou seja, que as células do corpo humano emitem luz. Isto permite compreender que as células do sistema

imune têm sinapses como as dos neurônios, que os tecidos do corpo formam uma rede sofisticada de informações similares a um segundo sistema nervoso, que os músculos possivelmente estocam memórias e que a água pode ser impressa com informações. Nessa lógica, portanto, o corpo se assemelha a uma rede inteligente e auto-organizada de informações (FRASER; MASSEY, 2010).

Dessa forma, o mundo de objetos sólidos e de leis deterministas da natureza está dissolvido num mundo de modelos de interconexões em forma de ondas. O universo se constitui em uma teia dinâmica de modelos inseparáveis de energia, assim sendo os seres humanos não são partes separadas de um todo, mas se constituem em um todo (BRENNAN, 2006; CAPRA, 2000).

A ciência que descrevia o universo como um aglomerado de estruturas separadas, relacionadas de forma mecânica entre si, hoje tem uma visão mais integradora. Bohm pontua sobre o processo periódico de exteriorização e de interiorização do universo, enquanto Sheldrake faz reflexões sobre os campos morfogenéticos semelhantes aos campos eletromagnéticos e gravitacionais, afirmando que os campos conhecidos da física conectam coisas similares através do espaço, embora aparentemente não haja nada entre eles; mas, além disso, eles conectam coisas através do tempo (BRENNAN, 2006; DI BIASE, 2011).

Bohm (1981 apud BRENNAN, 2006, p. 48) refere que as leis físicas principais não podem ser descobertas por uma ciência que tenta dividir o mundo em partes:

> Vê-se que as partes estão em conexão imediata, na qual suas relações dinâmicas dependem, de maneira irredutível, do estado de todo o sistema. Desse modo, somos levados a uma nova noção de completitude indivisa, que nega a ideia clássica de que o mundo é analisável em partes que existem separada e independentemente.

Para este autor, a visão holográfica do universo é uma base avançada para se começar a compreender a ordem envolvida implícita (existe num estado não manifesto e é o fundamento sobre o qual repousa toda realidade manifesta) e a ordem desenvolvida explícita (realidade manifesta). O conceito de holograma sustenta que cada pedaço representa exatamente o todo e pode ser utilizado para reconstruir o holograma inteiro. O processo de introjeção não é meramente superficial ou passivo, e cada parte está num sentido fundamental, internamente relacionada em suas atividades básicas ao todo, e a todas as partes (DI BIASE, 2011).

Os sistemas holográficos referidos por Di Biase (2011, p. 175) são definidos:

> Sistemas geradores de imagens tridimensionais, em que a imagem virtual, ou holograma, é criado quando, por exemplo, um laser incide sobre um objeto, e este o reflete sobre uma placa, como se fosse um segundo filme. Se sobre essa placa incidir um segundo laser, produzindo uma mistura das ondas resultante, armazenará a informação acerca da forma e do volume do objeto, e será refletido pela placa no espaço, gerando uma imagem tridimensional do objeto.

A relevância desse conceito é que nos sistemas holográficos cada parte do sistema contém a informação do todo completa sobre o objeto; se a placa for quebrada em pedaços, cada pedaço refletirá a imagem tridimensional do objeto no espaço, demonstrando que o todo está nas partes, assim como cada parte está no todo (DI BIASE, 2011).

Broglie (1924 apud DI BIASE, 2011) descreveu um novo tipo de campo, no qual a atividade é dependente do conteúdo informacional que é conduzido a todo campo experimental. Adicionando às equações deste campo um potencial quântico Bohm desenvolveu um modelo quântico-holográfico, no qual este potencial quântico conduz informação ativa que guia a partícula ao longo de seu trajeto, com propriedades não locais. Este físico descreveu o potencial quântico como um novo tipo de campo, sutil em sua forma, que não decai com a distância (DI BIASE, 2011).

Por sua vez, Pribam (1991 apud BRENNAN, 2006) utiliza o modelo do holograma para descrever não somente o cérebro, mas também o universo. Este autor afirma que o cérebro emprega um processo holográfico para absorver um domínio holográfico que transcende o tempo e o espaço (PRIBRAM, 1991 apud BRENNAN, 2006).

Di Biase (2011, p. 177) vem se dedicando à comprovação experimental de que

> O funcionamento do cérebro, além das redes neurais clássicas, possui também um outro funcionamento mais sutil de natureza quântico-holográfico. Sua Teoria Holonônica do funcionamento cerebral demonstrou a existência de um processo de tratamento holográfico da informação no córtex cerebral, denominado holograma neural multiplex dependente dos neurônios de circuitos locais, que não apresentam fibras longas e cujos finos prolongamentos denominados teledendrons, não transmitem impulsos nervosos comuns. São neurônios que funcionam no modo ondulatório, e são, sobretudo responsáveis pelas conexões horizontais das camadas do tecido neural, conexões nas quais padrões de interferência holograficóides podem ser construídos [...] este aspecto muito diferente da função neural, tem sido, de modo sistemático, ignorado pela comunidade neurocientífica: o processamento que ocorre nos ramos mais finos do neurônio. Na extremidade distal de um axônio, onde ele faz sinapses e se conecta com outro neurônio, ele se divide em ramos denominados teledendrons, que se conectam aos dendritos (prolongamentos não axonais) de outras células, através de sinapses químicas e elétricas. Os teledendrons e os dendritos formam uma rede de finas fibras na qual ocorre um tipo de processamento que não envolve impulsos nervosos. Nestas redes ocorrem polarizações flutuantes (oscilatórias) – despolarizações e hiperpolarizações dependentes das diferenças de potencial elétrico nas membranas das finas fibras, o que constitui a base deste tipo de processamento. Minha hipótese é que o que nos torna conscientes, nossa experiência consciente, é devido ao que se passa nesta rede de processamento.

Quando se fala de campos energéticos do ser humano, estes são conceituados como fenômenos dos campos energéticos que estão ao mesmo tempo, dentro e fora do tempo linear e do espaço tridimensional. A capacidade de ver no interior do corpo, em qualquer nível, com uma resolução viável, implica no uso de dimensões adicionais. A capacidade de perceber acontecimentos do passado pela simples solicitação da informação, ou de ver um acontecimento provável e mudá-lo depois pela intervenção do processo de cura, implica o tempo não linear. A capacidade de ver um acontecimento que ocorrerá no futuro transcende o tempo linear.

Da estrutura holográfica da realidade cada ponto de energia não somente representa, mas também contém o todo. Assim sendo, só se pode descrever a experiência com um fenômeno que, ao mesmo tempo, é observado e criado, uma vez que cada observação cria um efeito no modelo observado (BRENNAN, 2006).

Dentre as terapias não convencionais, a meditação é um meio de extrapolar os limites da mente linear, permitindo que a coerência de todos os "eventos" ou "caminhos" torne-se uma realidade experimental.

Bell (1964 apud BRENNAN, 2006, p. 50) afirma que

> Matematicamente em seu teorema de Bell, que as "partículas" subatômicas estão ligadas de um modo que ultrapassa o espaço e o tempo, de forma que o que acontece numa partícula interessa a outras. O efeito, imediato, não precisa de "tempo" para ser transmitido. Segundo a teoria da relatividade de Einstein, uma partícula não pode viajar mais depressa do que a velocidade da luz, 300.000 Km/s. De acordo com o teorema de Bell, os efeitos podem ser "superliminares" ou mais rápidos que a velocidade da luz. O teorema de Bell agora foi corroborado pela experimentação. Estamos falando de um fenômeno que está fora da teoria da relatividade de Einstein. Estamos tentando chegar além da dualidade onda/partícula.

Daí que, mais uma vez, à medida que progride o estado da arte do equipamento científico, permitindo sondar a matéria com maior sensibilidade, encontram-se fenômenos que a teorização atual não explica. Parece que a ciência se dirige agora para um período de mudança, uma vez que se os físicos compreendem como funciona essa coerência instantânea, é concebível que os homens possam compreender as conexões instantâneas com o mundo e consigo mesmos (BRENNAN, 2006).

A hipótese da causação formativa, proposta e posteriormente desenvolvida por Sheldrake (1995 apud BRENNAN, 2006) sugere que os sistemas auto-organizadores em todos os níveis de complexidade, incluindo moléculas, cristais, células, tecidos, organismos e sociedades de organismos são organizados por "campos mórficos". Os campos morfogenéticos são apenas um tipo de campo mórfico, aquele que diz respeito ao desenvolvimento e à

manutenção dos corpos dos organismos. Os campos morfogenéticos também organizam a morfogênese das moléculas; por exemplo, moldando a maneira pela qual as cadeias de aminoácidos codificados pelos genes são distribuídas nas complexas estruturas tridimensionais das proteínas.

De modo semelhante, o desenvolvimento dos cristais é modelado por campos morfogenéticos dotados de uma memória inerente de cristais prévios do mesmo tipo. Sob esse ponto de vista, substâncias tais como a penicilina cristaliza-se da maneira como o fazem não porque são governados por leis matemáticas intemporais, mas sim porque, antes, já tinham se cristalizado dessa maneira; estão seguindo hábitos estabelecidos através da repetição (TRIPCCHIO, 2007).

A maneira pela qual indivíduos do passado, tais como: moléculas de hemoglobina, cristais de penicilina ou girafas, influencia os campos mórficos dos indivíduos atuais que lhes correspondem, depende de um processo chamado ressonância mórfica, a influência do semelhante sobre o semelhante através do espaço e do tempo. A ressonância mórfica não diminui com a distância, não envolve transferência de energia, mas de informação, sugerindo como organizar a energia. Com efeito, essa hipótese permite entender que as regularidades da natureza são governadas por hábitos herdados por ressonância mórfica, e não por leis eternas, não materiais e não energéticas.

Watson (1979 apud BRENNAN, 2006, p. 51) descreve:

> O Princípio do Centésimo Macaco, descobrindo que, depois de um grupo de macacos ter aprendido um novo comportamento, de repente, outros macacos, em outras ilhas, sem nenhum meio possível de comunicação “normal” entre eles, aprendem o mesmo comportamento.

Essa hipótese é inevitavelmente controvertida, mas pode ser testada por experiências, e já existem consideráveis evidências circunstanciais a seu favor. Por exemplo, quando uma substância química orgânica recém-sintetizada (digamos, uma nova droga) cristaliza-se pela primeira vez, não ocorrerá nenhuma ressonância mórfica proveniente de cristais prévios do seu tipo. Um novo campo mórfico tem de passar a existir; dentre as muitas maneiras energeticamente possíveis pelas quais a substância poderia se cristalizar, uma realmente acontece. Mas a próxima vez que a substância for cristalizada em qualquer parte do mundo, a ressonância mórfica proveniente dos primeiros cristais tornará mais provável a ocorrência do mesmo padrão de cristalização, e assim por diante. Uma memória cumulativa irá sendo construída na medida em que o padrão for se tornando cada vez mais habitual. Como

consequência, os cristais tenderão a se formar mais prontamente em todo o mundo (BRENNAN, 2006, p. 51).

Essa tendência é, de fato, bem conhecida; novos compostos são geralmente difíceis de cristalizar, levando, às vezes semanas ou até mesmo meses para formar cristais a partir de soluções supersaturadas. Porém, à medida que o tempo passa elas tendem a aparecer com mais facilidade em todo o mundo. Entre os químicos, a explicação mais popular para esse fenômeno é a de que fragmentos de cristais seriam transferidos de laboratório para laboratório nas barbas ou nas vestimentas de químicos emigrantes. Passariam, então, a servir como núcleos para novos cristais do mesmo tipo. Supõe-se também que essas sementes de cristais poderiam ser transportadas pelo vento para o mundo inteiro sob a forma de microscópicas partículas de poeira na atmosfera. A hipótese da causação formativa prediz que essas cristalizações também devam ocorrer mais prontamente em condições padronizadas à medida que o tempo passa, mesmo que os químicos emigrantes sejam rigorosamente excluídos do laboratório e que as partículas de poeira sejam filtradas da atmosfera (DANCKWERTS, 1982 apud TRIPCCHIO, 2007).

No domínio da morfogênese biológica, a hipótese prediz que quando organismos seguem um caminho inusitado de desenvolvimento, quanto maior for a frequência com que isso aconteça, maior será a probabilidade de que volte a acontecer novamente. Já existem evidências obtidas em experimentos com moscas-das-frutas indicando que, de fato, elas são mais propensas a se desenvolver anormalmente depois que outras sofreram desenvolvimento anormal (SHELDRAKE, 1995 apud TRIPCCHIO, 2007).

De acordo com esse ponto de vista, os organismos vivos herdam não somente genes, mas também campos mórficos. Os genes são transferidos materialmente de seus ancestrais e lhes permitem fabricar determinados tipos de moléculas de proteínas; os campos mórficos são herdados não materialmente, por ressonância mórfica, não apenas de ancestrais diretos, mas também de outros membros da espécie. O organismo em desenvolvimento sintoniza os campos mórficos de sua espécie e, desse modo, tem à sua disposição uma memória coletiva ou de grupo onde colhe informações para esse desenvolvimento.

Mutações genéticas podem afetar esse processo de sintonização e a capacidade do organismo para se desenvolver sob a influência dos campos, assim como alterações nos condensadores ou em outros componentes de um aparelho de TV podem afetar a sintonização de determinados canais ou a recepção de programas; os sons ou as imagens podem ficar distorcidos (TRIPCCHIO, 2007).

Sheldrake (1995 apud BRENNAN, 2006) referiu que o processo criativo, que dá origem a um novo pensamento, através do qual novos conjuntos são compreendidos, é semelhante. Nesse sentido, a realidade criativa que dá origem a novos conjuntos no processo evolutivo pode ser vista como um desenvolvimento sucessivo de conjuntos mais complexos, e de nível mais elevado, em virtude de se conectarem umas às outras coisas antes separadas.

Segundo Di Biase (2011), os processos quânticos distribuídos por todo organismo, permitem conceber uma teoria unificada da mente e da matéria, tal como a totalidade cósmica indivisível de Bohm, e conceber o Universo, o corpo e a consciência como uma vasta e dinâmica rede holoinformacional inteligente de troca de informações, energia e matéria.

Na Teoria Holoinformacional esse campo de memória-informação corresponde ao campo quântico-holográfico universal. Schemp conseguiu calcular, recuperar e reestruturar essas informações codificadas no campo Holoinformacional em forma de imagens, nas máquinas de ressonância magnética. Posteriormente, com a colaboração de Peter Marcer desenvolveu um mapa matemático de como a informação é processada no cérebro. Walter Schemp e Peter Marcer acreditam que as memórias estão no Campo do Ponto-Zero, que na proposta holoinformacional quântico-holográfica de Di Biase seriam o fluxo dinâmico Holoinformacional entre o cérebro e o cosmos, de modo similar, mas não idêntico ao holomovimento de Bohm (DI BIASE, 2011).

Mc Taggart (1908 apud DI BIASE, 2011, p. 183) refere que

> Karl Pribram e Kunio Yasue poderiam perfeitamente ter proposto que nossas memórias poderiam ser simplesmente, uma emissão coerente de ondas vindas desse Campo, e que as memórias de longo prazo seriam grupos estruturados de ondas de informação. Isso poderia explicar a instantaneidade deste tipo de memórias, que não necessitam de nenhum mecanismo de rastreamento que procure informações através de anos de memórias.

Essa emissão coerente de ondas vindas desse Campo é o que Di Biase descreve como Teoria do Fluxo Holoinformacional. Independente do mecanismo de recepção-emissão no cérebro, como demonstrado por Karl Pribram, é um processamento distribuído por todo o córtex cerebral, por meio de função holográfica de Dennis Gabor, ele está continuamente interagindo com o Campo Holoinformacional Universal (DI BIASE, 2011).

Esta interação cérebro-universo tem que ser obrigatoriamente uma conexão não local, pois é instantânea, o que nos leva a expandir a ideia em direção à proposta Holoinformacional não local, na qual os padrões dinâmicos quânticos cerebrais com suas redes neurais e campos quântico-holográficos, são parte ativa do campo informacional quântico-holográfico cósmico,

gerando uma interconexão informacional simultaneamente não-local, quântico holística, e local, mecanicística-newtoniana, ou seja, holoinformacional.

Di Biase e Amoroso (2011) citam que para processar a interconexão cérebro-Universo é necessário aquietar o cérebro, sincronizando o funcionamento dos hemisférios cerebrais, e permitindo que o modo de tratamento holográfico da informação neuronal se otimize. Isto é possível por meio de terapias não convencionais, tais como: meditação e relaxamento que comprovadamente sincronizam as ondas elétricas dos hemisférios cerebrais, e otimizam o tratamento holográfico da informação cortical, gerando um estado ampliado de consciência.

Nesta concepção holoinformacional do cérebro e do Universo, consciência e inteligência são compreendidas como informação e como ordem significativa que é auto-organizada e complexa. Sendo níveis de organização e complexidade que se superpõem e que na dimensão consciência-inteligência-informação sempre esteve presente em todos os níveis de organização da natureza.

Sarfatti (1976 apud BRENNAN, 2006, p. 51) sugere que

> A coerência superliminar pode existir através de um plano mais elevado da realidade. Complementa ele que as "coisas" são mais ligadas e os acontecimentos mais "correlacionados" num plano de realidade "acima" do nosso, e que, nesse plano, as "coisas" estão ligadas por meio de um plano ainda mais elevado. Assim, atingindo um plano mais alto, compreendemos como funciona a coerência instantânea.

Desta forma, matéria, vida e consciência não são dimensões separadas do Universo, capazes de serem analisadas em um arcabouço conceitual cartesiano, analítico e reducionista, porém uma unidade holística indivisível, um campo quântico holoinformacional inteligente, auto-organizador e autorreferencial que vem se desdobrando há bilhões de anos em uma infinita e dinâmica holoarquia cósmica.

Greene (2001) apresenta a Teoria das Supercordas ou das cordas, afirmando que existe algo menor e mais fundamental dentro da matéria mais ínfima da partícula, ou seja, dos quarks, mais especificamente. Existe um filamento de energia que vibra como as cordas de um violino, sendo os diferentes padrões de vibração destas cordas que determinam os diferentes tipos de partículas. Esta teoria é capaz de unificar a teoria geral da relatividade com a mecânica quântica, realizando o esforço perseguido por Einstein em seus últimos trinta anos de vida, ou seja, a construção de uma teoria sobre a complexidade do todo existente.

O grande desafio desta teoria é que o tecido microscópico do universo, ao invés de três dimensões, é composto por um labirinto de mais de dez, sendo que a maioria está dobrada

sobre si mesma dentro de volumes minúsculos, cuja descrição matemática apresenta, ainda, complicações insolúveis que até hoje só se conhecem equações aproximadas desta teoria (MORRIS, 2001). Em uma linguagem metafórica, Greene (2001) sugere a imagem de uma mangueira que, vista de longe, apresenta-se como uma simples linha reta, unidimensional; mas, para uma formiga que caminha sobre sua superfície, é um espaço bidimensional encurvado. Para se entender a trama do tecido relação espaço/tempo, necessita-se encolher esta árvore alguns milhões de vezes (PRIMACK, 2005).

A Teoria das Supercordas baseia-se no fato de que todas as coisas que ocorrem no universo surgem das vibrações destas minúsculas cordas profundamente escondidas no seio da matéria, de acordo com a sua energia e estes diferentes padrões de vibração seriam a origem da diversidade do mundo subatômico. Provavelmente, com esta teoria, seja possível explicar as diversas constantes que aparecem no mundo físico, tais como a velocidade da luz, a massa, a carga das partículas elementares e a relação entre as intensidades das diferentes forças, entre outras (GREENE, 2001; MORRIS, 2001; PRIMACK, 2005).

Capra (2006, p. 21) considera que "a física moderna tem exercido uma profunda influência sobre quase todos os aspectos da sociedade humana". Atualmente, os setores da atividade industrial e armamentista utilizam-se dos resultados da Física Atômica, proporcionando também uma profunda revisão da concepção humana acerca do universo e do relacionamento do indivíduo com este. Dessa maneira, compreende-se que o universo é considerado como o ambiente natural do homem, pois, no contexto planetário, sabe-se que a lua regula as marés, influencia a vida das plantas, o ciclo de gestação e faz oscilar as emoções dos seres humanos. Na mesma esteira, o sol também define o rumo de planeta e envia a energia vital que vitaliza cada ser vivo, seja ele, vegetal, animal ou humano.

Considera-se que as teorias atuais da física moderna (e, possivelmente, outras que devem estar sendo estudadas e que ainda não foram publicadas) são importantes para entender a essência do universo e, provavelmente, explicar que os seres humanos possuem dimensões que não se reduzem ou limitam ao aspecto físico de sua corporeidade, mas englobam sensibilidades e possibilidades mais sutis de acontecimentos que interferem na relação espaço-tempo como vem sendo tradicionalmente abordada (MCKENZIE, 1998).

Os estudos sobre energia e estrutura do universo continuam sendo um desafio no âmbito das ciências consideradas duras em função de não compreensão completada sua atuação, do seu *modus operandi*, de sua integralidade e de sua influência na vida dos humanos, o que tende a aproximar este campo da religião e do esoterismo.

Neste sentido, este é um Universo participativo, em que todos são parte de uma consciência individual, os corpos mais elevados, frequências dos corpos energéticos mais ascendentes são de uma ordem mais elevada e estão mais ligados aos corpos energéticos do que estão os corpos físicos. Quando a percepção evolui para frequências e corpos energéticos mais elevados, os seres humanos se tornam mais e mais conscientes e conectados, até se identificarem com o Universo (BRENNAN, 2006; DI BIASE, 2011).

Como uma das consequências práticas deste processo, alguns autores comentam que, quando houver um número suficiente de pessoas sintonizadas com o real desejo de mudança em todas as esferas do ser humano, ocorrerá uma transformação no cenário mundial e isto estará relacionado tanto com os terapeutas, como com os clientes que são atendidos por estes.
No entanto, no momento atual deve-se destacar que ainda se observam dificuldades de entender as razões do adoecimento dos seres humanos, as relações entre as suas naturezas interna e externa e como se processa o seu equilíbrio e o processo de cura, bem como os diversos aspectos importantes para todos que utilizam terapias não convencionais e mesmo as convencionais (CAPRA, 2004, 2006).

2 AS TERAPIAS NÃO CONVENCIONAIS DE SAÚDE E O PARADIGMA HOLÍSTICO

O paradigma holístico, definido pela Universidade Holística Internacional, considera que cada elemento de um campo é um evento que reflete todas as dimensões desse campo, caracterizando uma visão na qual "o todo" e cada uma das suas sinergias estão estreitamente ligados em interações constantes e paradoxais (WEIL, 2011, p. 277).

A palavra holismo foi criada em torno de 1920 por Smuts que a definiu como

> A tendência da natureza a formar, através de evolução criativa, os todos que são maiores que a soma de suas partes, ou seja, as propriedades de um sistema não podem ser explicadas apenas pela soma de seus componentes, devendo considerar os aspectos biológicos, psíquicos, sociais e espirituais do ser humano (SMUTS, 1950 apud PINHEIRO, 2007, p. 36).

Rocha (2011b) acrescenta que o termo holístico vem do grego "holos" e significa inteiro, completo e sagrado. Refere, também, que para o ser humano ter saúde é necessário estar em um estado de inteiro, de completo e de sacralidade, não apenas do corpo somático ou físico, mas principalmente dos corpos que compõem a estrutura do ser humano[1]: sutis, etérico ou duplo etérico, emocional ou astral, mental e espiritual, pois quando se observa a natureza percebe-se a existência de harmonia e equilíbrio em tudo.

A abordagem holística define-se pelas seguintes características: a) reconhecendo seu nível relativo, integra e supera as diversas formas de dualidade e de dialéticas; b) estimula sua integração e supera, não somente com o apoio da pesquisa racional e experimental, mas também com a contribuição das vias tradicionais intuitivas e experiências de acesso direto a uma vivência transpessoal da realidade, evitando confusões ou extrapolações apressadas; c) respeitando a liberdade de escolha e facilitando o acesso através de um contato preliminar

[1] Os corpos do ser humano são: a) Sutil- Matriz energética em volta do corpo físico interligado aos chacras; b) Etérico ou Duplo Etérico- Envolve a interpenetra o corpo físico, como uma luva energética, alimentando-se de energia vital e controlando todas as células do corpo físico, também é chamado de corpo das sensações; c) Emocional ou Astral- Envolve e interpenetra o corpo etérico como uma luva energética circulam todas as nossas emoções positivas e negativas; d) Mental- Campo magnético que está fora do corpo, porém envolve e interpenetra o corpo emocional, nesse campo se encontram nossas ideias, pensamentos e conhecimento, divide-se em: mental inferior, conectado ao hemisfério cerebral esquerdo, masculino e mental superior conectado ao hemisfério direito, feminino e e) Espiritual- Campo magnético que está fora do corpo, mas se conecta com o corpo mental, através dele é possível acessar os bancos de dados superiores, onde se revelam os segredos da Natureza Divina, neste nível existe um sentimento de Unidade Cósmica, não separatividade e amor incondicional por toda natureza (BRENNAN, 2006).

com cada uma dessas vias, estimula e ancora a pesquisa de novos caminhos, adaptados às condições dos seres humanos do terceiro milênio; d) reconhece que a alegria e a felicidade, a que todo ser visa, encontram-se na descoberta de sua verdadeira natureza e na expressão constante da sabedoria, do amor e do respeito a si e a todos os seres (WEIL, 2011, p. 277-279).

Weil (2011) apresenta algumas características do paradigma holístico, que traduzem conceitos, sistemas de valores, atitudes e comportamentos resultantes de uma aproximação da ciência ocidental e da sabedoria oriental. Esses traços distintivos são os seguintes:

a) corpo visto como um organismo vivo, cujos sistemas são interligados e interdependente e também como sistema energético;
b) integração e interação corpo-espírito, ambos vistos como feitos da mesma energia;
c) interação constante e integração do sistema psi-biofísico individual com os sistemas sociais, físicos e vitais externos;
d) cérebro visto como órgão planejado e executado pela mente e cuja função é uma emissão e recepção de energias mentais cósmicas;
e) saúde vista como estado de harmonia com a natureza interior e exterior;
f) normalidade vista como estado ótimo de bem estar, alegria de viver, amor altruísta e consciência plena;
g) doença vista como uma desarmonia global, além das causas específicas, e como oportunidade de restabelecer equilíbrio e harmonia;
h) a causa do estresse vista como residindo na fantasia da separatividade, no apego e no ódio;
i) paciente visto como pessoa;
j) consciência plena da importância da energia do afeto e do amor na relação terapeuta-paciente, além da eficiência do diagnóstico e do tratamento;
k) cura vista como fruto da cooperação terapeuta-paciente;
l) trabalho de equipe interdisciplinar;
m) morte vista como transformação do corpo e do espírito, exigindo acompanhamento e preparo da pessoa para passagem.

Considera-se que o ser humano não pode ser concebido como constituído somente de matéria, uma vez que ele transcende as formas que habita, impondo um conceito mais amplo

de vida e um modelo energético multidimensional do humano e do universo que não pode ser ignorado pelos profissionais de saúde (BOFF, 1999; CAPRA, 2004; CHARDIN, 2006; WALDOW, 2003).

O conceito holístico da vida coloca os profissionais em intercâmbio direto com outras faixas de energia e multiplica as possibilidades de conhecimento em uma realidade de alta frequência energética, podendo coloca-lo em contato com um infinito de informações.

As premissas de que a parte está intimamente relacionada com o todo, de que todas as formas de vida são solidárias entre si e de que a harmonia do conjunto é o resultado do equilíbrio dos seres humanos são contribuições da física quântica para a constituição da visão holística (MORRIS, 2001; PETTER, 2002; PRIMACK, 2005).

É importante integrar esta visão holística nas terapias convencionais, pois é uma forma de ampliar a contribuição no processo terapêutico que estiver sendo instituído aos clientes (CAPRA, 2004). As terapias holísticas partem do pressuposto de que tudo deve ser considerado em sua totalidade, sendo um contraponto à visão cartesiana que busca analisar tudo, dividir em partes para conhecer, caracterizando que tudo se manifesta de forma fragmentada (MCKENZIE, 1998; PRIMACK, 2005).

Nas terapias não convencionais se preconiza o tratamento de todos os corpos nas mesmas condições, integrando os sistemas da terapia convencional e alternativa para uma prática integrada de saúde. Nesta perspectiva terapias não convencionais visam à assistência e à saúde do ser humano, seja de prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como mente, corpo e espírito e não como um conjunto de partes isoladas, onde a cura da doença deve ocorrer através da intervenção direta no órgão ou parte doente. A definição de saúde nessa perspectiva caracteriza-se por ser inclusiva, ou seja, saúde é quando todos os corpos funcionam em sincronia (GOSWAMI, 2011).

2.1 **O ser humano e os campos energéticos**

O campo energético humano é a manifestação da energia universal intimamente envolvida no contexto das atividades dos seres humanos. Os princípios que regem o funcionamento da estrutura dos seres humanos se refletem nas interações universais do fluxo energético. Os seres humanos recebem continuamente radiações invisíveis de um ambiente vibracional bastante diversificado, incluindo desde as frequências mais comuns, como as

ondas de rádio, televisão, computador e celular, até os aspectos mais sutis da energia do universo, inclusive energia solar. Vive-se em ressonância com as diversas frequências de energia que impregnam o ambiente e se pode ser sutilmente afetados por elas (GERBER, 2004).

2.1.1 Camadas da aura e chacras

Segundo Brennan (2006, p. 67), denomina-se aura o campo de energia humana "descrito como um corpo luminoso que cerca o corpo físico e o penetra, emitindo uma radiação característica própria". Essa aura geralmente é dividida em camadas, que também são chamadas de corpos, que se interpenetram e cercam umas às outras em camadas sucessivas, de acordo com suas vibrações, que aumentam à medida que vão se afastando do corpo físico, porém na realidade, cada corpo não é uma camada, mas sim uma versão mais dilatada do eu, que carrega dentro em si as outras formas de energia de vibração mais baixa.

Cada camada da aura está associada a um chacra, perfazendo um total de sete, como se segue: a primeira camada se associa ao primeiro chacra, a segunda ao segundo chacra, e assim sucessivamente. A palavra chacra é sânscrita e significa roda, disco, centro ou plexo. No oriente estes são conhecidos por nomes específicos, porém no ocidente receberam uma denominação ordinal de um a sete, sendo o primeiro na base da coluna e o sétimo no topo da cabeça.

Os chacras são centros de energéticos, como pequenos redemoinhos ou cones, localizados no campo áurico, cuja principal atribuição é manter a transferência contínua entre as fontes de energia cósmica (universo) e telúrica (mundo natural) com o plano material (corpo orgânico). A sequência natural da energia ao ser assimilada pelo complexo energético é: energia; chacras; meridianos, que são um sistema de canais existentes no interior do corpo físico, acoplados em forma meridional e longitudinal formando uma imensa tela que permeia todo o organismo; sistema nervoso; glândulas endócrinas; sangue e órgãos. Estes centros energéticos são portais de integração entre o plano físico e o plano universal, a maioria das terapias não convencionais faz uso constante dos chacras para ativar o processo de equilíbrio, da autoestima, do amor próprio, do bem estar e de cura. Um chacra equilibrado sempre produzirá saúde, bem estar, disposição e segurança (DE' CARLI, 2006; NAIFF, 2009).

Estes sete centros energéticos redondos no oriente são caracterizados como redemoinhos ou pequenos cones, funis de energia giratória. São amplos, brilhantes e translúcidos, com um diâmetro médio de cinco a dez centímetros, podendo alcançar até vinte centímetros de diâmetro nos seres humanos espiritualmente desenvolvidos. Nos seres humanos mais materialistas, que tem vibrações mais baixas, apresentam-se em cores mais escuras, opacas e com diâmetro reduzido. Cada chacra tem ressonância com uma cor de acordo com a vibração energética específica, variando da cor vermelha até a violeta, vibram com um som ou mantra que corresponde a uma nota musical e também se relaciona aos elementos naturais, tais como: terra, água, fogo, ar e éter. Na representação oriental cada chacra é visto com um número variável de pétalas, como se fossem flores, a partir da complexidade de cada um, por causa desse padrão, as escrituras antigas descrevem cada chacra como um lótus florido. Existem registros antigos que referem que os seres humanos são compostos de aproximadamente oitenta e oito mil chacras, significando que praticamente todas as áreas do corpo humano sejam sensíveis energeticamente. O primeiro e o sétimo chacras são simples, tendo apenas um local de acesso, porém os demais são duplos, apresentando acesso anterior e posterior (BRENNAN, 2006; DE' CARLI, 2006; MOTOYAMA, 2009).

Brennan (2006) refere que a primeira camada e o primeiro chacra estão ligados ao funcionamento físico e à sensação física, a sensação de dor ou do prazer físico. A segunda camada e o segundo chacra, geralmente se associam ao aspecto emocional dos seres humanos, ou seja, veículos através dos quais temos nossa vida emocional e nossos sentimentos. A terceira camada liga-se à nossa vida mental, à reflexão linear, assim como, o terceiro chacra está unido à reflexão linear. O quarto nível, associado ao chacra do coração, é o veículo através do qual metabolizamos a energia do amor, relacionada aos companheiros e a humanidade em geral. O quinto nível está associado a uma vontade mais elevada, mais associada à vontade divina. O quinto chacra se associa ao poder da palavra, criando coisas pela palavra, prestando atenção e assumindo responsabilidade pelos nossos atos. O sexto nível e o sexto chacra estão vinculados ao amor celestial, um amor que se estende além do âmbito humano do amor e abrange toda vida. Consideram todas as formas de vida preciosas manifestações do Universo. A sétima camada e o sétimo chacra estão associados à mente mais elevada, ao saber e à interação da nossa constituição espiritual e física.

Neste sentido, existem regiões específicas na estrutura energética do ser humano, para as sensações, emoções, os pensamentos, as lembranças e para outras experiências além do nível físico. Cada chacra tem sua função e significado e está ligado a determinados órgãos que

desempenham funções específicas no plano físico, emocional e espiritual. Myss (1996 apud WATSON, 2002, p. 159) refere que "o sistema de chacras é uma representação arquetípica da maturação individual, através de sete estádios distintos, alinhados verticalmente a partir da base da coluna até à coroa da cabeça, sugerindo uma evolução em direção ao universo". De acordo com a aquisição de experiência, sendo de incomodo ou de satisfação, por parte do ser humano, os chacras se desenvolvem e cada qual representa os padrões psicológicos que envolvem a vida desta pessoa. Quando os chacras estão funcionando de forma equilibrada, ele está "aberto" e gira no sentido horário, mas quando está desequilibrado pode se "obstruir" ou se "desfigurar", podendo lentificar o giro no sentido horário ou até mesmo girar no sentido anti-horário. Se compreendermos o modo com que nossas manifestações físicas se relacionam com essas regiões e funções, teremos maior facilidade de compreendermos a natureza das enfermidades e também da saúde e da doença, pois é através dos chacras que diminuímos o nível de energia quando estamos com distúrbios físicos e emocionais, de acordo com a suas localizações específicas.

Myss (1996 apud WATSON, 2002) analisa os chacras, como centros de energia que descrevem a imaginação antiga e sagrada, relacionada com o ser humano. Desta forma, a utilização deste saber integrado ao conhecimento e utilização de terapias não convencionais, poderá proporcionar recuperação com menos custo e efeitos adversos para a população deste planeta.

Existem algumas terapias que atuam de forma diversa nas pessoas, como por exemplo: no sistema musculoesquelético, com enfoque na circulação muscular (Cinesiologia e Libertação neuromuscular); manipulação muscular profunda (Rolfing); relaxamento muscular (Trager); manipulações suaves do corpo (Feldenkrais); alinhamento de coluna vertebral (Quiroprática) e postural (Lomi); digitopressão (Jin Shin Jyutsu). Finalmente a terapia Reiki, técnica de imposição de mãos em área dos chacras do cliente, que tem como objetivo a harmonização e reposição energética para manter ou recuperar a saúde (BRENNAN, 2006; DE' CARLI, 2006; MOTOYAMA, 2009; WATSON, 2002).

2.1.2 Localização e função dos chacras

O primeiro chacra, chamado de básico ou raiz, situa-se na base da espinha dorsal, entre o ânus e os órgãos sexuais, na linha da cintura pélvica. Este chacra se direciona para

baixo e representa a ligação do ser humano com o planeta terra, com o mundo material e físico. Seu elemento correspondente é terra. As cores deste chacra são o vermelho e o preto, utilizando estas cores ocorre uma ativação da energização deste chacra. Ele está vinculado à nossa existência terrena, nossa sobrevivência. Relaciona-se com o nível da consciência que nos permite sobreviver no mundo, no contexto material, sólido e corporal, como também com nossa energia física e com nossos desejos de viver no mundo físico. Quando está equilibrado temos mais energia física e disposição para vivermos neste planeta. Tem correspondência com as glândulas suprarrenais, que produzem o hormônio adrenalina, tendo a função de prover a circulação, manter a temperatura do corpo equilibrada e prepara o ser humano para as reações imediatas. É o chacra que capta energia para manter as seguintes estruturas de nosso corpo: coluna vertebral, rins, ossos, dentes, intestino grosso, ânus e reto. Mantendo-se o equilíbrio deste chacra, estaremos bem enraizados e viveremos com determinação e constância. Neste sentido, estão concentrados nele as qualidades e os temores associados à sobrevivência, a citar: o alimento, o ar, a água, os recursos econômicos, o trabalho ou o emprego, a capacidade de luta, ganhar e gastar o dinheiro, investir pela realização de seus ideais e desejos, ter rumo e orientação e não depender de outras pessoas, caracterizando tudo que é necessário para nossa existência (BRENNAN, 2006; DE' CARLI, 2006).

Os seres humanos com desequilíbrio neste chacra tem a possibilidade de desenvolver deficiência de ferro, leucemia, distúrbios de circulação e de imunidade, hipotensão, diminuição de tônus muscular, fadiga, insuficiência renal, dor lombar crônica e excesso de peso. Podem apresentar também distúrbios em nível emocional e mental, tais como: pacifismo extremo ("eu não consigo fazer mal a uma barata!"), medo existencial ("ninguém em sã consciência poderia ter filhos na atualidade!"), agressão excessiva ("agridam este flamenguista nojento!"), medo da morte ("não quero correr nenhum risco!"), dificuldades com planejamento do tempo ("não sei por que estou sempre atrasado!"), impaciência ("porque esse idiota não sai da frente!"), dependência ("não consigo viver sem ele/ela!") e depressão (BRENNAN, 2006; DE' CARLI, 2006; WATSON, 2002).

O Segundo Chacra, denominado de chacra Umbilical localiza-se na região do umbigo, tendo fluxo energético para região anterior, centro púbico, associado à qualidade de amor ao sexo oposto, concessão e recebimento do prazer físico mental e espiritual e para parte posterior do corpo, centro sacro, vinculado à quantidade de energia sexual. Sua cor é laranja, seu elemento correspondente é água. É o chacra da propagação da espécie e, consequentemente, da reprodução; cuja atividade fundamental nos permite amar a vida, fazendo com que seja mais prazerosa. Ele concentra as qualidades relacionadas com a

sexualidade, curiosidade, busca criativa do prazer material, gosto pelas coisas belas, pela arte, pelas emoções e as relações com outros seres humanos, a citar: atração sexual, abertura para coisas novas, relações afetivas amorosas e sexuais. Neste chacra se localiza a sede dos medos, dos fantasmas e fantasias negativas vinculadas à sexualidade e do comportamento frente ao outro sexo. No corpo está direcionado para os órgãos reprodutivos; suas glândulas correspondentes são os ovários, na mulher e os testículos e próstata, no homem, além do intestino grosso, apêndice, bexiga e pélvis. O desequilíbrio neste chacra resulta em distúrbios físicos relacionados aos fluidos corporais (laringe, linfa, saliva e bílis) ou em órgãos que processam estes líquidos (rins, bexiga e glândulas linfáticas), também podem ter dor lombar crônica, dor pélvica e ciática, distúrbios obstétricos e ginecológicos, ejaculação precoce ou impotência sexual e alterações urinárias. Os distúrbios mentais que podem ser apresentados são: medo da proximidade física (“não me toque!”); repugnância pelo corpo (“sexo é para animais, os seres humanos nasceram para algo mais elevado!”); mania de limpeza e incompreensão (“eu não entendo!”); mente muito centrada na razão (“para que servem os sentimentos!”); ênfase excessiva a sentimentos impulsivos (“para que refletir!”); desordens rítmicas (“não sei e não consigo dançar!”, “por que sempre tenho cólicas menstruais!”, “prefiro trabalhar à noite!”); tendência ao isolamento (“casamento e relacionamento não me servem!”); frigidez, impotência e falta de vontade da prática sexual (“não preciso de sexo, não vejo o que os outros obtêm com ele!”) e medo de cair (“eu não saltaria de um trampolim!”). Com esses temores o ser humano pode prejudicar a experimentação do prazer material no sentido amplo e o gozo pleno da vida, além de ter dificuldade em relação a lidar com o poder e o controle, a ética e a honra nas relações e ter diminuída a sua criatividade.

Importante ressaltar que o desequilíbrio energético concomitante nos dois primeiros chacras, prejudicarão a captação de energia e o funcionamento dos outros cinco chacras (BRENNAN, 2006; DE’ CARLI, 2006; WATSON, 2002).

O Terceiro Chacra localiza-se um pouco acima do estômago e ligeiramente à esquerda, sendo chamado de plexo solar. Tem fluxo energético para região anterior do corpo, plexo solar, vinculado ao grande prazer e expansibilidade, sabedoria espiritual e consciência da universalidade da vida, ou seja, quem é você dentro do universo e para região posterior do corpo, centro diafragmático. Associado à cura, intencionalidade dirigida para nossa saúde. A cor deste chacra é o amarelo e tem como elemento o fogo. Representa a personalidade e estão ali concentradas as qualidades da mente racional e pessoal, da vitalidade, da vontade de saber e participar. Trata-se de um chacra poderoso, pois é o ponto de ligação com outras pessoas e promove a autoaceitação. Quando este chacra está equilibrado vivemos com plenitude nossos

atributos físicos e mentais, nos movemos na sociedade com desenvoltura e harmonia. É o chacra que mais se relaciona com o nosso ego e, portanto, absorve uma quantidade significativa de energia dos dois primeiros chacras.

O seu centro físico corresponde ao pâncreas, cuja função é a transformação e digestão dos alimentos. Esta glândula produz o hormônio insulina, que equilibra o açúcar do sangue e transforma os hidratos de carbono, que além de isolar as enzimas, são importantes para assimilação de gorduras e proteínas. Este chacra comanda o estômago, a musculatura abdominal, o fígado, a vesícula, o baço, rins, glândulas adrenais, medula espinhal e o pâncreas. No seu desequilíbrio o ser humano pode ter alteração das secreções gástricas com risco de úlcera ou duodenal; disfunção de glândulas salivares; artrite; indigestão aguda ou crônica; anorexia ou bulimia; disfunção adrenal e hepática, como hepatite. Caso apresente sentimento de inferioridade ativado e as capacidades mentais, tais como lógica e razão, poderão diminuir, consequentemente aumentando a confusão e o sentimento de insegurança. Sendo assim, o ser humano pode desenvolver diabetes, desordens do trato digestivo, alergias, sinusite, insônia, além da separação entre amor e sexo.

As situações mentais apresentadas a partir do seu desequilíbrio são: pretensão ao poder e ao controle, ambição, gasto compulsivo, ansiedade de status, e de inveja.

Na sociedade atual, vontade e poder representam para alguns seres humanos, um referencial para o êxito, porém pode implicar que com o desejo do aumento de posses, desencadeie o desrespeito a nossos semelhantes, impondo-nos sobre os outros com o objetivo de obter o que nos interessa. O egoísmo desequilibra e desarmoniza os chacras superiores e como consequência, prejudica nosso processo evolutivo (BRENNAN, 2006; DE'CARLI, 2006; WATSON, 2002).

O Quarto Chacra denominado de cardíaco está localizado na área superior do tórax, na região do coração, ligeiramente à esquerda. Tem fluxo de energia para região anterior do tórax, centro do coração, associado ao sentimento de amor (BRIAN WEISS, 2000) cita que "o "amor" é a energia mais fundamental, é a essência de nosso ser e do universo". É o amor que une e conecta todas as coisas e pessoas. Quando as pessoas vivem intensas experiências espirituais, a energia do amor está sempre presente. É um amor incondicional, absoluto e transcendente. É uma energia atemporal, carregada de sabedoria e compaixão. O amor é mais do que um objetivo, mais do que um combustível, mais do que um ideal. Nós somos amor. O amor é a energia mais poderosa... Para nossa alegria, quando a energia do amor é experimentada profundamente, seus efeitos curativos se manifestam, mesmo quando não compreendemos o processo. A energia do amor é potencialmente mais poderosa do que a de

qualquer bomba, e mais sutil do que a das ervas. O que nos falta é descobrir como utilizar essa energia básica e fundamental. Quando aprendermos, a cura começará em nível individual e planetário, para si e os outros seres humanos e, a abertura para a vida e para a região posterior do tórax, área entre as omoplatas, vinculado à vontade do ego ou vontade dirigida para o mundo exterior.

Sua cor é o verde e o rosa, seu elemento é o ar e sua glândula correspondente é o timo. Este chacra está localizado na intermediação entre os três chacras superiores e os três chacras inferiores, sendo uma importante ponte de transferência de energia entre eles. O seu centro físico se corresponde ao timo, cuja função é regular o crescimento, nas crianças; coordenar o sistema linfático; estimular e fortalecer o sistema imunológico, esta glândula pelas terapias convencionais se desativa, a partir da adolescência, porém pelas terapias não convencionais se mantém ativa.

O desequilíbrio deste chacra pode desencadear as seguintes alterações físicas: Insuficiência cardíaca; Infarto do miocárdio; prolapso de válvula mitral; cardiomegalia; arritmia cardíaca; asma; alergia; distúrbios pulmonares, inclusive câncer; distúrbios na região dorsal superior e ombros; câimbras; câncer de mamas; hipertensão; acidose; intoxicação; dislipidemia. Além desses distúrbios físicos é possível apresentar também em nível mental: incapacidade de amar; pensamentos de que o próximo, o destino e os princípios do universo são incompatíveis com os seres humanos; tendência a desenvolver mecanismos violentos de resposta aos demais; dificuldade de solicitar ajuda dos outros, o lema instituído é "eu contra todos"; imposição de condições ao amor, amor sufocante, e egoísmo (BRENNAN, 2006; DE' CARLI, 2006; WATSON, 2002).

O Quinto Chacra localiza-se na área central da região cervical anterior (meio da "garganta" ou região denominada "pomo de adão"), recebe o nome de chacra laríngeo. Tem fluxo de energia para região anterior do corpo, centro da garganta, associada à aceitação e à assimilação e para região posterior do corpo, base do pescoço, vinculada ao sentido do eu, dentro da sociedade e da nossa profissão. Sua cor é o azul, o elemento é o éter e a glândula de correspondência é a tireoide. Este é o chacra da comunicação externa e o começo da comunicação interna, clariaudiência (é a faculdade mediante a qual o ser humano ouve vozes, sons, palavras, ruídos, sem a utilização do sentido da audição física) e autoexpressão; da criatividade; do som e da vibração, da capacidade de receber e assimilar. Está relacionado com os sentidos do paladar, audição e olfato. Governa a postura do corpo. É o portão para alta consciência e para purificação e é pelo trabalho deste chacra que podemos iniciar o caminho espiritual, devido à possibilidade de nos colocarmos em contato com nossa essência superior.

É o centro psicológico da criatividade, responsabilidade, iniciativa e autodisciplina. Estando equilibrado, temos consciência da responsabilidade de nosso desenvolvimento em todos os sentidos, desde as nossas necessidades materiais até as espirituais; sabemos qual é o nosso papel na sociedade, no trabalho e nos preocupamos em conseguir o máximo de satisfação possível. O seu centro físico é a tireoide, que contribui para o crescimento do esqueleto e dos órgãos internos, regula o metabolismo de iodo e cálcio no sangue e nos tecidos; sua energia é responsável também pela parte inferior da face, nariz e aparelho respiratório, traqueia, esôfago, cordas vocais, laringe, boca, vértebra cervical, dentes e gengivas, paratireoide e hipotálamo. Quando está desequilibrada, evidencia-se o medo da desaprovação de nossos semelhantes, do fracasso na vida social e tendemos a nos converter em seres potencialmente agressivos, adotando uma atitude instintiva de defesa própria. Temos a possibilidade de sermos levados a nos esconder no orgulho para poder suportar a carência de êxito. Neste processo de desequilíbrio pode contribuir para o aparecimento dos seguintes distúrbios: susceptibilidade a infecções virais e bacterianas, amigdalite, faringite e laringite; resfriados; herpes; dores musculares e cefaleia, principalmente na base do crânio; congestão linfática; alterações dentárias, de gengiva e da glândula tireoide; rigidez de maxilar, bruxismo e escoliose. É possível também apresentar-se rouco, falar com voz aguda e estridente e pode transformar-se em um demagogo ou alguém que debate só por debater, gosta de discutir, quer mudar o mundo de acordo com suas ideias; tem tendência a manter a cabeça erguida com nariz direcionado para o alto, à vezes curva a cabeça na direção do queixo (BRENNAN, 2006; DE' CARLI, 2006; WATSON, 2002).

O Sexto Chacra é chamado de chacra frontal ou terceiro olho, localiza-se no meio da testa, entre as sobrancelhas, logo acima do nível dos olhos. Tem fluxo de energia para região anterior da cabeça, centro da testa, vinculado à capacidade de visualizar e compreender conceitos mentais e para região posterior da cabeça, executivo mental, associado à capacidade de por ideias em execução de maneira prática. A referência de cor é o azul índigo, tem ligação com o corpo celestial da aura, é sem elemento de correspondência no mundo físico e a glândula correspondente é a hipófise ou pituitária, que coordena a função das demais glândulas. É o chacra dos sentidos, responsável pela energia da parte superior da cabeça, acima do nariz, parte do crânio, olhos e ouvidos. Representa a intuição, a vidência e a audiência no campo da paranormalidade; suas prerrogativas são: percepção, conhecimento e liderança, que nos permite entrar no mundo aparentemente invisível mediante a percepção extra-sensorial e é através dele, que emitimos nossa energia mental. Com o desequilíbrio deste chacra os seres humanos podem apresentar as manifestações que se seguem: vícios de drogas

e álcool; compulsões; alterações nos olhos, cegueira ou catarata; surdez; diminuição da aprendizagem; tumor, trombose ou hemorragia cerebral; tonturas e outros distúrbios neurológicos. É possível também o desenvolvimento de confusão mental, em que as ideias e os conceitos não se correspondem com a realidade, diminuindo significativamente a criatividade; ficamos também sem raciocínio lógico e com isso incapazes de executar as ideias. Além disso, pode causar falta de objetivo e instabilidade de vida ("eu não sei por que estou vivo!"); alienação do trabalho ("não importa o serviço desde que o salário seja bom!") e medo de aparições de espíritos e fantasmas. O ser humano tem tendência ao desemprego permanente, devido à instabilidade profissional; a mudanças de residência constantes; a troca contínua de parceiros amorosos; a vestir-se de acordo com a tendência da última moda; a adoração a ídolos; fanatismo; falta de opinião; ausência total de interesse por qualquer coisa e falta de iniciativa. O resumo de desequilíbrio deste chacra é a seguinte afirmação "Ele não acha o seu caminho" (BRENNAN, 2006; DE' CARLI, 2006; WATSON, 2002).

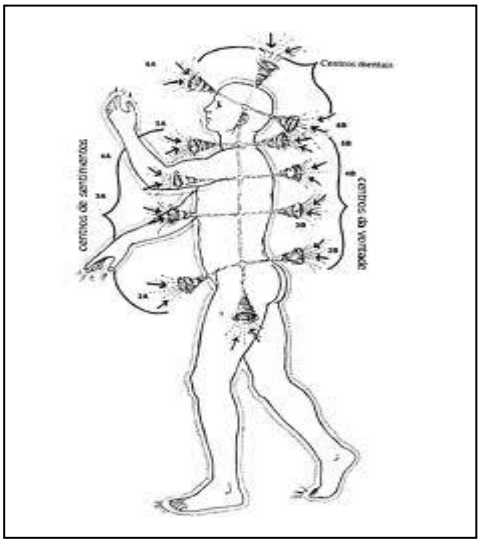
O Sétimo Chacra é denominado de coroa ou coronário e está localizado no topo da cabeça. A presenta fluxo energético somente para cima, estando associado à conexão do ser humano com sua espiritualidade e a integração de todo o seu ser físico, mental e espiritual. O sétimo chacra é a luz de conhecimento e consciência, visão global do Universo, nosso caminho de crescimento, contribuindo para que possamos alcançar a serenidade espiritual e a completa consciência universal. As cores desse chacra são o branco, o dourado e o violeta. Em virtude de estar na condição de semelhante ao Universo, ao Todo, ao Cosmo, a Deus, não tem correspondente no mundo físico, é feito de puro silêncio da formação dos mundos. Chegar à abertura e à plena consciência deste chacra conduz à perfeição do ser, porém somente é possível chegar a esta condição com a abertura e consciência de todos os outros chacras. O equilíbrio deste chacra permite experiências muito pessoais, ou seja, as sensações costumam ir além do corpo físico, criando no ser humano o sentido de totalidade, de paz e fé, proporcionando um sentido próprio à existência, desenvolve a capacidade de confiar na vida, de altruísmo e de humanitarismo e a presença de valores éticos e de coragem.

O desequilíbrio neste sétimo chacra acarreta uma puberdade tardia, dificuldade de compreensão da espiritualidade e pode levar aos seguintes distúrbios físicos: insônia; sensibilidade à luz, sons e demais fatores ambientais; enxaqueca; desordens do sistema nervoso; histeria; possessão; obsessão; neuroses; disfunções sensoriais e exaustão crônica que não tem relação direta com distúrbios físicos (BRENNAN, 2006; DE' CARLI, 2006; WATSON, 2002).

Como foi exposto anteriormente, cada chacra tem um fluxo de energia direcionado para uma função específica e como eles são considerados intermediários de transferência e conversão de energia entre duas dimensões dos ser, tanto como um centro proporciona a conversão de energia entre um corpo e sua mente correspondente. Sendo esta conversão de energia alterada, o desenvolvimento e a livre expressão dos chacras são comprometidos, podendo ser diminuída, interrompida ou aumentada sua atividade, o que pode proporcionar distúrbios físicos ou psíquicos, o ideal é que sua energia se mantenha equilibrada, de modo que o ser humano se torne ciente das esferas superiores da existência, mas também adquira o poder de interagir com essas esferas, de modo a fortalecer e dar vida às dimensões inferiores, se sentindo mais pleno e satisfeito com o seu contexto de vida (MOTOYAMA, 2009; RIBEIRO, 2002).

A Figura abaixo representa os sete chacras visualizados pela região anterior e posterior do corpo dos seres humanos.

Figura - Sete chacras do corpo vistos pela frente e pelas costas



Fonte: BRENNAN, 2006, p. 74.

Existem vários métodos para identificar se os chacras estão equilibrados ou desequilibrados, tais como, desenvolver a sensibilidade nas mãos, usado por pessoas que têm sensibilidade nas mãos e gostam de utilizar e praticar o toque; pêndulo, que é um instrumento radiestésico que faz com que certas vibrações do Universo sejam percebidas pelo operador; Aurímetro ou Aura Meter, Instrumento de precisão utilizado em experiências científicas e na

prospecção da energia e Dual Rod, é um instrumento composto de duas hastes horizontais giratórias livres, utilizado para localizar a centralização do fluxo energético.

A maioria das pessoas prefere utilizar o pêndulo na avaliação dos chacras, pois através dele, é possível identificar de forma mais direta, se a energia do chacra está equilibrada, bloqueada, diminuída ou aumentada e invertida, considerando os movimentos deste instrumento. Indicando a sensibilidade às radiações, esta técnica permite captar as vibrações do campo bioenergético que trabalha com as dimensões vibratórias mais profundas do corpo humano e de tudo o que o cerca, visando encontrar possibilidades para corrigir possíveis alterações, a fim de promover o equilíbrio e bem estar dos seres humanos (BRENNAN, 2006; RIBAUT, 1997, 2000).

2.2 **Inserção da terapia não convencional no sistema de saúde brasileiro**

No Brasil, o processo de redemocratização política a partir da década de 80 pressionou o Estado a se tornar sensível aos movimentos sociais e às demandas da sociedade civil diante das políticas públicas. Os movimentos reivindicatórios na área de saúde levaram à organização da Reforma Sanitária, à realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e à reestruturação da Constituição Federal em 1988 com características de promoção da saúde.

Ao longo da década de 90, as reflexões foram ampliadas com a Lei Orgânica da Saúde, a Organização dos Conselhos de Saúde com participação social, a composição paritária e a representação intersetorial, a realização da Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92), a organização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), a realização da Pesquisa Nacional de Opinião sobre Saúde, os debates sobre Municípios Saudáveis, a edição pelo Ministério da Saúde da revista Promoção da Saúde e o anúncio do I Fórum Nacional sobre Promoção da Saúde.

No bojo desses movimentos, em agosto de 1985, foi assinado um convênio envolvendo o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e instituições acadêmicas como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e o Instituto Hahnemanniano Brasileiro (IHB), com o objetivo de estabelecer atividades em instituições de atendimento à saúde envolvendo

homeopatia, acupuntura e fitoterapia e também atividades de ensino e pesquisa sobre estas terapias não convencionais (BRASIL, 2006).

Algumas instituições de assistência e de ensino se opõem à inserção das terapias não convencionais nas suas práticas, porém algumas instituições permitem a realização de projetos de extensão para atendimento à comunidade interna e externa. Um desses exemplos é o projeto "SAÚDE-SE", da Faculdade de Enfermagem da UERJ, que realiza atendimento com terapias não convencionais (Reiki, floralterapia, acupuntura e sala antiestresse), visando ao desenvolvimento de tecnologias relacionadas a estas terapias e a sua análise crítica.

No que se refere às regulamentações subsequentes, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprovou, em 19 de março de 1997, a Resolução COFEN-197 que estabelece e reconhece as terapias alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de enfermagem (COFEN, 1997). O que está estabelecido na Constituição Federal, no Parecer Normativo do COFEN nº 004/95, na deliberação do Plenário em sua 254ª Reunião Ordinária e no que consta do PAD-COFEN-274/91, também respaldam que o enfermeiro possa utilizar as terapias não convencionais na implementação da assistência de enfermagem (COFEN, 1997).

O Governo Federal continuou valorizando a utilização das terapias não convencionais, apesar das dificuldades por que passam várias instituições públicas de saúde. O Ministério da Saúde, em 2006, para garantir a integralidade da atenção à saúde implantou no SUS a "Política Nacional de Práticas Integrativas de Saúde" com o objetivo de conhecer, apoiar, incorporar e realizar experiências que já estão sendo desenvolvidas na rede pública de estados e municípios (BRASIL, 2006).

Por sua vez, o governo do Estado do Rio de Janeiro sancionou a Lei nº 5471, de 10 de junho de 2009, que estabelece, no âmbito estadual, a criação do Programa de Terapia Natural objetivando a promoção da saúde e a prevenção de doenças através de práticas que utilizam basicamente recursos naturais. Objetiva, de forma conjunta, a implantação de Terapia Natural nas unidades de saúde e nos hospitais públicos do Estado do Rio de Janeiro, bem como o estímulo de técnicas de avaliação energética nas terapias naturais e a divulgação dos benefícios decorrentes destas terapias, sendo uma forma de ampliar o respaldo legal para a utilização das mesmas e legitimar o resultado das pesquisas realizadas neste contexto (RIO DE JANEIRO, 2009).

A aprovação da Lei 12.842/13, chamada Lei do Ato Médico, dispõe sobre o exercício da medicina (BRASIL, 2013). Esta lei foi sancionada em 10/07/2013, tendo sido vetados pela presidente os seguintes itens:

> 1- Art. 4º, parág. 8 e 9 - São atividades privativas do médico: formulação de diagnóstico nosológico [referente à classificação das doenças] e respectiva prescrição terapêutica; indicação do uso de órtese e próteses, exceto as órteses de uso temporário; e prescrição de órteses e prótese oftalmológicas.
> 2- Art. 4º, parág. 2º - Não são privativos do médico os diagnósticos funcionais, cinésio-funcional, psicológico, nutricional e ambiental, e as avaliações comportamental e das capacidades mental, sensorial e perceptocognitiva.
> 3- Art. 4º, parág. 4º - Procedimentos invasivos, para os efeitos da Lei, incluem: invasão da epiderme e derme com uso de produtos químicos ou abrasivos; invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo para injeção, sucção, punção insuflação, drenagem, instilação ou enxertia, com ou sem o uso de agentes químicos ou físicos.
> 4- Art. 4º parág. 5º - Excetuam-se do rol de atividades privativas do médico: aplicação de injeções subcutâneas, intradérmicas, intramusculares e endovenosas, de acordo com a prescrição médica; cateterização nasofaringeana, orotraqueal, esofágica, gástrica, enteral, anal, vesical e venosa periférica, de acordo com a prescrição médica; e punções venosa e arterial periféricas, de acordo com a prescrição médica.
> 5- Art. 5º, inciso 1º - São privativos de médico: direção e chefia de serviços médicos.

A aprovação desta Lei continua permitindo que muitos terapeutas que não são médicos e fazem atendimento utilizando as terapias não convencionais, possam continuar exercendo suas práticas, principalmente em função da existência de profissionais com formação não médica, na área de saúde e fora dela.

2.3 **Cuidado de enfermagem e as terapias não convencionais**

A saúde e o cuidar, em todo o mundo, evoluíram para uma crise, devido à exploração dos custos envolvidos. Goswami (2011) refere que a terapia convencional cuida somente do corpo físico, tendo sua validade, porém com altos custos, principalmente, em relação ao uso dispendioso de medicamentos alopáticos que causam uma gama de efeitos colaterais e, também, o uso de uma ampla tecnologia que promove contribuição relativa para o bem estar do ser humano.

A terapia Reiki, enquanto terapia não convencional é um método sistematizado, que contribui para a manutenção do equilíbrio físico, emocional, mental e espiritual dos sujeitos que a utilizam, de acordo com o que é preconizado por esta autora e pelo paradigma holístico.

Considerando que ambas as visões da terapia convencional e da terapia não convencional tenham a sua lógica, dentro de um contexto mais seguro, ambas tem suas

limitações. O que significa referir que os sistemas vivos são ricamente mais complexos do que se consegue explicar em um modelo metafórico (BELLAVITE, 2002; RUBIK, 2002).

Capra (2000) entende que a organização social em escala mundial utiliza um padrão em rede e demonstra que os seres humanos estão interligados, mostrando que é necessária uma organização de mundo que valorize o ser humano e as coisas que se relacionam a ele de modo a manter a sobrevivência e a sustentabilidade da humanidade. Concordando com Boff (1999), que propõe ser necessário cuidar de tudo que existe e vive para que continue a existir e viver; deve-se instituir uma nova ética que seja compreensível a todos e que seja capaz de instituir valores e atitudes que contribuam para manter o equilíbrio, pois a saúde não é um estado, mas um processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana, ou seja, que envolva a sua totalidade, pois os seres devem saber enfrentar de forma satisfatória a doença e a saúde.

Segundo Gomes (2011), a enfermagem, enquanto profissão, constrói seu saber interagindo, influenciando e sendo influenciada pelo contexto social no qual se insere, utilizando conhecimentos das ciências biomédicas, sociais e humanas no contexto da prática profissional. Concomitantemente, a profissão tem construído seu saber específico através das teorias de enfermagem que marcam um período de busca de um referencial próprio da profissão e que explicita um fazer específico e pertinente às necessidades de saúde dos indivíduos e dos grupos do contexto social.

Este autor refere ainda que a enfermagem apresenta tensões internas como consequência da sua evolução histórica enquanto atividade prática e construção do saber, cientificamente embasado, socialmente pertinente e eticamente orientado. Essa situação se tornou mais forte em função do desenvolvimento contínuo de teorias que oferecem uma personalização e um referencial intelectual à profissão. Contudo, essas teorias constituem um delineamento interno de sustentação, porém ainda se mostram longe da realidade vivida pelos profissionais (GOMES, 2011).

O homem inscrito nestas teorias é de um nível de generalização muito grande, um todo biopsicossocial que interage com o meio ambiente temporal-espacial. Desta forma, esse conceito de homem perde sua historicidade e concretude, passando a ser universal e as teorias de enfermagem, consequentemente, se dirigem a este homem abstrato e sem história. Por outro lado, as teorias detiveram-se no conceito metafísico de homem assistido e de sua interação com o enfermeiro, detendo-se na análise do micro, ignorando o contexto deste cuidar e destas relações (GOMES, 2011).

Desta forma, considera-se importante no processo de cuidar em saúde, a necessidade de reconhecer a maneira como os sujeitos e grupos sociais definem os contornos e a dimensão das demandas por cuidar, no contexto da sociedade e da saúde, despertando no profissional a consciência de sua responsabilidade dentro desta totalidade e isto poderá possibilitar o avanço no desafio de organização de um cuidar em enfermagem e saúde que também valorize a multidimensionalidade humana, revelando as suas implicações para as práticas profissionais e institucionais (OLIVEIRA et al., 2005, p. 134).

Nessa medida, o enfermeiro deve ser de um agente terapêutico que tenha o compromisso com a qualidade de vida cotidiana dos usuários. Neste sentido, deve estar preparado para atuar utilizando novas tecnologias de cuidado. Conforme propõe Orem (1985 apud GEORGE, 2000, p. 97)

> Uma tecnologia constitui informação sistematizada acerca de um processo ou método para influenciar algum resultado desejado, através de esforço prático, deliberado, com ou sem o uso de materiais ou instrumentos [...] a tecnologia utilizada pela enfermagem é a social ou interpessoal.

Neste contexto, o cuidado de enfermagem, em uma perspectiva integral, pode incluir tanto a terapia convencional quanto a terapia não convencional, pois cada método tem sua vantagem e desvantagem, na qual a abordagem holística implica saber escolher ou combinar essas diferentes práticas, de modo a se obter o máximo de bem estar para o cliente.

Ferreira (2007) acrescenta que prestar uma assistência de Enfermagem que vá além do corpo físico, atender a família do cliente, estar atento ao bem estar da equipe de trabalho e integrá-la no universo maior da instituição a qual está vinculada, dentre outros fatores, sempre considerando as características de cada ser humano, é uma forma de expansão desse conceito. Percebe-se que a inter-relação entre as partes irá compor um todo mais harmônico e coeso, resultando numa assistência mais global, contribuindo para a construção de um novo modo de cuidar.

As instituições de ensino de enfermagem através de seus currículos referem que estão preparando enfermeiros para atuarem, tanto na área hospitalar, quanto na comunidade, porém poucos são os cursos que incluem visões inovadoras com relação ao processo de cuidar. O enfermeiro, que também é influenciado, desde a sua formação pelo modelo de terapia convencional, está esquecendo de assumir uma postura coerente com a natureza humanística da profissão.

Barbosa, Egry e Queiroz (1993) referem que para reverter essa situação, se faz necessário libertar-se dos dogmas da modernidade, ser flexível na prática e, sobretudo, ter empatia com as novas e complexas necessidades dos seres humanos sob seus cuidados. Essa postura implica preocupar-se não só com o estado físico do ser humano, mas com seu todo, pois esta é uma forma de perceber a profunda identificação das terapias não convencionais, com a visão holística de cuidado ao ser humano.

No sentido de aproximar as proposições teóricas de cuidar em enfermagem e as terapias não convencionais é importante citar primeiramente Florence Nightingale. Com a Teoria Ambiental, na metade do século 19, a autora referia que o ambiente deve ser visto com todas as condições e influências externas que interferem na vida e no desenvolvimento de um organismo, sendo capaz de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença ou a morte. Oguisso (2005 apud KUREBAYASHI, 2007, p. 11) refere que Florence possuía uma "forte personalidade, visão e habilidade prática para organização, ofereceu à enfermagem poderosos fundamentos, norteando os princípios técnicos, educacionais e éticos que acabaram por impulsionar a profissão".

Levine (1968 apud GEORGE, 2000) desenvolveu quatro princípios de conservação que servem como base de sua teoria; estes princípios buscam conservar energia e as integridades estrutural, pessoal e social. O seu modelo conceitual centraliza-se na intervenção da enfermagem, na adaptação e na reação dos pacientes à doença. Este autor entende que o "ser humano" deve ser visto holisticamente, o que leva o indivíduo a um ser complexo, considerando as suas necessidades físicas, sociais, econômicas e espirituais, que é dependente de sua relação com os outros, as dimensões dessa dependência está ligada com os quatro princípios de conservação (de energia e das integridades estrutural, pessoal e social), e que esta dependência existe em todas as passagens de sua existência, na sobrevivência; afirma também que o enfermeiro deve estar consciente dessa dependência e estar preparado para atuar na transformação que o estresse causado por algum desequilíbrio possa alterar o funcionamento do organismo humano.

Por sua vez, Orem (1985 apud GEORGE, 2000, p. 96) explicita que

> Na sociedade moderna, espera-se que os adultos sejam autoconfiantes e responsáveis por si mesmos e pelo bem estar de seus dependentes. A maioria dos grupos sociais aceita que as pessoas necessitadas, doentes, idosas, incapacitadas ou, de outra forma, privadas, devam ser ajudadas a obter e recuperar a responsabilidade, nos limites de suas capacidades existentes. Assim, tanto a autoajuda quanto a ajuda a outros são valorizadas pela sociedade como atividades desejadas. A enfermagem, como um tipo específico de serviço humano, baseia-se em ambos os valores. Na

> maioria das comunidades, as pessoas encaram a enfermagem como um serviço desejado e necessário.

Já Rogers (1970 apud SÁ, 2002) considera que o ser humano deve ser visto de forma unificada, para interagir com as infinitas dimensões do universo. Este ser humano como seu campo energético interage com este universo (universo pandimensional). O seu princípio conceitual de Ciência do Ser Humano Unitário é que o campo energético do corpo é num sistema aberto, troca energia com o ambiente, transformando-se num campo energético tão forte que se estende ao infinito e tanto o campo humano quanto o ambiental podem sofrer constantes mudanças simultâneas nos dois campos, provocando um processo contínuo de criação.

E por fim, Watson (2002) relaciona intimamente o processo do cuidar humano com um processo de interação entre seres humanos, sendo o cuidar humano a dimensão da prática profissional. É esta relação interpessoal que a autora chama da essência dos cuidados de enfermagem. Os acessórios dos cuidados de enfermagem são o conjunto das técnicas, dos protocolos, das formas de organização utilizadas pelos enfermeiros, ou seja, aquilo que serve de suporte à sua atividade. Cuidar é o ideal moral da enfermagem cujo fim é a proteção, a promoção e a preservação da dignidade humana. Este ideal moral do cuidar em enfermagem sendo como que o seu ponto de partida, é também uma atitude que tem de se tomar, um desejo, uma intenção, um compromisso que se manifesta em atos concretos - atos de cuidar. Waldow (2007) complementa que todo cuidado representa um compromisso, pois, ao decidir cuidar, ocorre envolvimento. Acrescenta que cuidar é ação, e agir como cuidador inclui afeto e consideração; agir no sentido no sentido de promover o bem estar do usuário.

No contexto do cuidado, deve-se considerar os aspectos relacionados à cultura, aos valores, às diferentes visões de mundo, às diferentes formas de entender a saúde, doença, cura e cuidado, porque todos estes aspectos interagem de forma facilitadora no encontro do enfermeiro com o ser humano que está sendo cuidado, pois cada um pode contribuir com o outro, pela prática de cidadania que deve proporcionar humanização às pessoas, a fim de que realmente possamos nos sentir como seres humanos.

Segundo Waldow (2007), considerando a ideia de caracterizar o cuidar como um modo de sobrevivência, a humanidade agora está mais exigente e sofisticada. Por vezes, não mede consequências, pois pelo processo competitivo, o ser humano tornou-se mais individualista. O bem estar, via de regra, passou a significar “ter”, possuir coisas, adquirir bens e, por vezes, não importando o custo. Esta autora acrescenta que no processo de cuidar está envolvida uma interação interpessoal, e neste sentido, é importante que alguns elementos

sejam valorizados, tais como: respeito, consideração, compaixão, bem como afeto, entre outros.

Roach (1991 apud Waldow, 2007) afirma a crença no cuidado como uma forma de "ser", lembrando que a espécie humana tem sobrevivido justamente pela existência de seres que apresentam comportamento de cuidado. Essa humanidade mencionada por Roach deveria vencer todas as dificuldades de um mundo em crise, pois segundo esta autora, o cuidar precisa ser fortalecido, impedindo comportamentos de que o não cuidado prevaleça. Sendo importante resgatar o cuidado em cada um de nós, seres humanos, que é vital no momento atual. Em todos os setores e, em particular, entre as profissões da saúde, o cuidado como uma condição humana deveria constituir um imperativo moral.

A construção do conhecimento por parte do ser humano e do profissional de enfermagem faz parte de um processo evolutivo crescente para conquista de novos domínios, no contexto do saber e do fazer, onde o desprezo e o resgate de teorias e procedimentos, também estão nesta caminhada. O importante é ter capacidade de integrar todas as propostas disponíveis, de modo a contribuir com a assistência do usuário.

De forma geral, segundo Waldow (2007), o processo de cuidar envolve transformação de ambos, ser humano cuidado e cuidadores. No que se refere ao cuidador, o crescimento traduz-se por satisfação, sensação de dever cumprido, realização, melhora da autoestima, mais segurança e confiança, prazer e bem estar. Quando o cuidado é percebido dessa forma, fortalece a identidade profissional, a valorização do cuidado, contribuindo assim, com o desejo de melhorar ainda mais.

De acordo com Leopardi (1994), o cuidado holístico, integral ou global é destacado como próprio da enfermagem, de forma que a assistência profissional possa atingir várias dimensões do ser humano como o social, o biológico, o psicológico e o espiritual. Contudo, os enfermeiros não possuem clareza quanto à forma de viabilizar essa assistência integral e acabam ficando satisfeitos com uma atuação baseada, exclusivamente no seu cotidiano imediato, como a terapia medicamentosa e a compreensão do processo saúde-doença restrito às suas implicações biológicas.

As dissonâncias teóricas entre o modelo biomédico e as bases teóricas das terapias não convencionais podem ser visualizadas mesmo nas teorias de enfermagem que guardam uma orientação humanística, de um modo geral.

Considerando as proposições de Aakster (2004 apud AKIYAMA, 2004, p. 4) as relações estabelecidas entre alguns conceitos afeitos ao contexto da área de saúde e da

enfermagem e os diferentes tipos de terapia podem melhor clarear as dificuldades teóricas e tecnológicas afeitas às práticas profissionais nos dias atuais (Quadro 1).

Quadro 1 - Conceitos das terapias convencional e alternativa segundo Aakster (2004)

Conceito	Terapia Convencional	Terapia Não Convencional
Saúde	Ausência de doença	Equilíbrio de forças opostas, interna e externamente.
Doença	Específica, alteração localmente circunscrita aos órgãos ou tecidos	Linguagem corporal indicando forças perturbadoras e/ou processos restauradores.
Diagnóstico	Morfológico	Funcional.
Terapia	Combater forças destrutivas	Fortalecer forças construtivas
Paciente	Recipiente passivo de soluções exteriores	Participante ativo no processo de reconquista de saúde.

Fonte: AKIYAMA, 2004, p. 4.

Uma das dificuldades dos profissionais de saúde que sustentam a rejeição aos métodos de terapia não convencional no cuidado ao cliente, relaciona-se ao fato de apresentarem uma compreensão do ser humano em pequenas partes (célula, músculo e nervo, entre outras) que constituem somente a sua estrutura fisiológica, biológica e física. Os seres humanos são constituídos de um complexo físico, mental, emocional, espiritual e social e não somente a ausência de doenças, mas a aplicação prática desse conceito parece ser ainda difícil nos serviços de saúde.

O interesse pelas terapias não convencionais é crescente no mundo, não estando limitada a classes sociais, áreas rurais ou regiões de baixo desenvolvimento. O Enfermeiro e outros profissionais da área de saúde estão tendo sendo respaldos legalmente para cuidarem dos usuários utilizando este tipo de terapia nas instituições oficiais de saúde. Os governos Federal, Estadual e Municipal no Rio de Janeiro já sancionaram leis que respaldam os profissionais na utilização de terapias não convencionais, inclusive em instituições de ensino universitário.

A mídia também vem fazendo a sua parte e as informações sobre as terapias não convencionais estão sendo mais divulgadas, porém ainda são pouco reconhecidas e pouco praticadas pelos enfermeiros, talvez por desconhecimento destas ou de seus efeitos ou até mesmo do direito de praticá-las (TSUCHIYA; NASCIMENTO, 2002).

Com este suporte legal e apoio da mídia, é importante que o enfermeiro passe a utilizar na consulta de enfermagem estes recursos de terapias não convencionais, tais como: Reiki,

floralterapia, acupuntura, fitoterapia, cromoterapia, hidroterapia, geoterapia, musicoterapia etc., de modo que proporcione uma mudança na qualidade de vida do usuário que recebe atendimento por este profissional.

Portanto, com as terapias não convencionais o enfermeiro pode ampliar os seus conceitos, ter uma melhor percepção de si enquanto ser humano e profissional e proporcionar cuidados de enfermagem que vão além dos métodos convencionais de cuidado, apontando caminhos para o equilíbrio energético e bem estar dos usuários.

Capra (2004) afirma que existe um número crescente de enfermeiros que estão decidindo ser terapeutas independentes, em vez de meros assistentes de médicos, procurando orientar-se a sua prática para uma abordagem holística. Assim, espera-se que neste contexto caracterizado por Capra, seja possível contribuir para ampliar os conhecimentos acerca dos seres humanos e que a participação neste movimento contribua para incorporar o enfermeiro na assistência à saúde dos usuários.

2.4 **O Reiki como conhecimento reificado**

2.4.1 Conceituação e aplicação da terapia Reiki

Existem várias divergências sobre a origem do Reiki, porém diversos autores (HALL, 2001; HORNERVOGT, 2006; MORENO, 2005; SCHULTE, 1997; TAGLE, 1995) identificam que Usui, nascido na vila de Yago no Japão, foi o ator social que sistematizou o Reiki enquanto uma terapia. Ao estudar teologia, sânscrito e Sutras[2] no Tibete, onde encontrou manuscritos antigos com os símbolos usados por Buda para realizar as curar. Após contato com este material e com o objetivo de saber como utilizá-los, elaborou uma técnica própria de cura que evitasse o desgaste do terapeuta.

Em 1908, Usui decidiu viajar para a Montanha Kurama considerada sagrada e situada ao norte de Kyoto. Neste retiro, fez jejum e meditação por 21 dias, de modo a purificar-se e poder receber uma visão esclarecedora. No vigésimo primeiro dia relata-se que seu chacra frontal foi atingido por luzes e visualizou a formação de símbolos do Reiki. Apesar de alguns

[2] As chamadas “Linhas” ou o que é traçado junto às escrituras sagradas do Budismo.

momentos de inconsciência, ao despertar, sentiu-se revigorado, apesar dos dias em que fez jejum, percebendo assim que tinha conseguido ativar a energia. Quando descia da Montanha, lesionou um dos dedos do pé e, ao colocar a mão sobre o mesmo, este ficou curado. Neste local, atendeu uma pessoa que se queixava de dor de dente e, ao colocar a mão sobre sua face, a dor cessou, sendo este o quarto sinal. Quando chegou ao mosteiro, soube que seu amigo estava com crise de artrite e, ao visitá-lo, fez imposição de mãos nas áreas de dor e a crise cessou (DE' CARLI, 1999).

Percebeu, assim, a renovação e a potencialização de sua capacidade de cura que, articulada aos seus conhecimentos anteriores de práticas curativas, aos símbolos e às filosofias budistas, poderiam ajudar um número maior de pessoas. Assim, criou o Sistema Usui de Cura Natural e, em 1922, fundou a Sociedade Usui Reiki Ryoho Gakkai e a clínica de Reiki. Nesta clínica, Usui transmitiu seus conhecimentos para diversos alunos e, por isso, é considerado, por muitos, como o pai do Reiki. Entre eles, encontrava-se Hayashi que, em 1925, em sua clínica, curou e iniciou Takata e este, por sua vez, difundiu a terapia para o ocidente, inicialmente nos Estados Unidos da América. No Brasil, sua divulgação foi feita a partir de dezembro de 1983, através do mestre Stephen Cord Saiki, que iniciou 80 pessoas, solicitando que Egidio Vecchio mantivesse a difusão do Reiki no Brasil. Em 1988, Thompson e França ampliaram a divulgação desta terapia neste país (DE' CARLI, 1999).

No que tange aos símbolos, destaca-se que eles sempre foram usados, desde o início da humanidade, como uma forma de comunicação entre os seres vivos. Estes devem ser vistos, usados e vivenciados pela própria consciência, pois sua linguagem está diretamente relacionada com a essência dos seres humanos (MORENO, 2005; PINHEIRO, 2007). Apesar do tempo transcorrido e o início do Século XXI, muitas simbologias até hoje não foram decodificadas. Porém, destaca-se que o Reiki, através de seus símbolos já descobertos, abre canais para que os seres humanos tenham acesso aos seus registros internos, de modo a compreender melhor a si mesmo e ao próximo (MCKENZIE, 1998; SCHULTE, 1997). A interação entre *yantra* (desenho energético) e *mantra* (som energético) são símbolos direcionadores de energia Reiki que contribuem para despertar parte do que sabemos (PETTER, 2002).

Os símbolos sagrados do Reiki são importantes para despertar a sabedoria que existem em nós, de modo a que possamos manter o nosso equilíbrio e tenhamos a possibilidade de contribuir para o equilíbrio dos que recebem este tipo de terapia. Estiveram preservados durante milênios, inacessíveis à sociedade ocidental, sendo disponibilizados somente a grupos religiosos e a determinadas pessoas (PRIMACK, 2005).

Autores como Hornervogt (2006) e Stein (2005), entre outros, consideram que, em épocas passadas, eram conhecidos em torno de trezentos símbolos do Reiki, sendo que, em média, vinte e dois eram utilizados. Hoje, são utilizados quatro símbolos que são considerados instrumentos vibracionais para a captação da energia primordial cósmica que possibilita o equilíbrio dos seres humanos que se submetem a este tipo de terapia. Tradicionalmente, os iniciados não tinham permissão para registrar e guardar cópias dos símbolos devendo aprendê-los (e apreendê-los) somente durante as iniciações e, com isso, aconteceram algumas variações (MCKENZIE, 1998; SCHULTE, 1997).

Porém, atualmente, além de serem registrados, existe ampla divulgação por diversos meios de comunicação. Os símbolos podem ser ativados pela visualização mental ou por desenhos no ar com as mãos. Existe uma sequência para desenhar os símbolos com as mãos, pois é o desenho correto, com seu mantra correspondente, repetido três vezes, que favorece a conexão com a energia circulante, de modo que possa ser recebida pelos seres humanos (HORNERVOGT, 2006).

Cabe ressaltar que, além dos símbolos utilizados para serem usados durante a terapia, existem mais três símbolos que são: o ideograma japonês, escrito em algarismos romanos e sevem para exprimir várias ideias, tais como as citados por De' Carli (2006): chuva de energia vital; chuva que dá vida; a ideia de algo que vem do cosmo e que seu encontro com a terra, produzindo o milagre da vida; chuva que produz o milagre de vida; a comunhão de uma energia superior com uma terrena que se pertencem mutuamente; a cor verde, considerada responsável pela saúde física e correlacionada ao chacra cardíaco, responsável pela energia do amor incondicional e pelo equilíbrio do sistema imunológico; e o bambu, pela sua simplicidade, resistência, flexibilidade e força; sua capacidade de preencher o vazio, como o espaço entre o céu e a terra, representando os canais de energia do Reiki que funcionam neste espaço como direcionadores da energia cósmica; e a sua retidão e perfeição, ao projetar-se para o alto, assim como os seus nós, simbolizando os diferentes estágios do caminho (HORNERVOGT, 2006; MCKENZIE, 1998; PRIMACK, 2005; SCHULTE, 1997; STEIN, 2005).

No que se refere ao aspecto conceitual o Reiki é um sistema natural de equilíbrio e de reposição energética que contribui para a produção de um relaxamento profundo, desbloqueio energético, harmonização interior, redução de estresse e resgate da saúde.

É concebido como um processo energético que harmoniza o ser humano e os demais seres de um modo geral, sendo fundamental para a manutenção do potencial de qualquer ser vivo e podendo somar-se a todos os seres humanos sem distinção. É considerado, ainda, como

um método de reposição de energia dos chacras, tratando da alteração em sua origem, ao invés de atuar somente sobre as manifestações clínicas, uma vez que os chacras são centros da recepção, assimilação e transmissão da força da vida e atuam como uma ponte conectando mente, corpo e espírito, contribuindo, assim, para a manutenção do equilíbrio dos seres vivos.

Desta maneira, REI significa sabedoria universal, energia cósmica, luz, fluido divino, amor, energia primordial que equilibra a energia KI. Simultaneamente, esta última é caracterizada desta maneira no Japão e se encontra presente no ser humano e em todos os corpos vivos (energia vital, bioenergia ou fluido vital), sendo essencial para vida na terra e tem denominações variadas nos diferentes países e culturas (STEIN, 2005).

Na aplicação do Reiki sintoniza-se com uma frequência energética de alta vibração que possibilita contribuir com a elevação da frequência vibracional dos clientes, promovendo a reestruturação dos padrões energéticos dos sete chacras que têm relação direta com o sistema glandular endócrino, favorecendo o equilíbrio físico, emocional, mental e espiritual. O Reiki atua sempre para o maior benefício de todos e sua abrangência e alcance estão além de nossas percepções finitas, pois é uma energia de amor, de cura e de transformação, podendo ser irradiado para qualquer estrutura de forma presencial ou à distância.

Destaca-se aplicação do Reiki a existência de cinco princípios propostos por Usui que são divulgados por vários autores (HONERVOGT, 2006; MCKENZIE, 1998; PRIMACK, 2005; SCHULTE, 1997; STEIN, 2005). Porém, a tradução mais próxima do original é referida por De'Carli (1999) e tem relação com o cotidiano dos seres humanos:

a) no dia de hoje, evite a raiva; a irritabilidade pode afetar os seus desejos e expectativas, deixe-se levar pelo propósito maior de sua vida. Expanda a sua consciência e a sua vivência para dimensões mais amplas e universais;
b) no dia de hoje, abandone as preocupações; deixe-se conduzir pela energia universal que tudo sabe e esta lhe proporcionará capacidade e condições de realizar todos os seus objetivos;
c) no dia de hoje, agradeça o cotidiano; considere ser merecedor do que recebe e utilize este fato em prol da humanidade, pois a melhor forma de agradecimento é compartilhar os benefícios com os semelhantes;
d) No dia de hoje faça seu trabalho honestamente; esta é uma das melhores formas de criar sintonia e harmonia com o setor produtivo da sociedade;
e) no dia de hoje, mostre amor e respeito a todos os seres vivos; estas energias são as que contribuem para manter o Planeta Terra em equilíbrio dinâmico,

> e os seres humanos foram presenteados para que possam viver em harmonia e união com o próximo.

O Reiki é, como já afirmado, aplicado com a imposição das mãos em várias áreas do corpo, realizando desbloqueios energéticos e permitindo, com isso, que a energia flua adequadamente pelo corpo, mente e espírito, o que proporciona serenidade e bem estar no contexto da agitação do dia a dia, como afirma Hall (2001). Destaca-se, ainda, que este tipo de terapia não possui contraindicações, podendo ser aplicada em bebês, idosos, gestantes e pessoas em pós-operatório (DE' CARLI, 2006; HALL, 2001).

Alguns reikianos ligados à enfermagem estão utilizando a terapia em hospitais, inclusive em salas de operações, tornando o ambiente mais tranquilo e reduzindo a possibilidade de contaminações e sangramentos. Além disso, observa-se a aceleração da convalescença, o alívio da dor em clientes terminais e a aceitação dos momentos de desconforto e de insegurança. Segundo Lübeck (2010), toda enfermidade tem um significado maior para o cliente que sofre uma vez que ela oferece ao cliente a possibilidade para tornar-se mais consciente e capaz de adquirir o amadurecimento emocional. Neste sentido, o Reiki pode proporcionar este processo de forma mais rápida, contribuindo assim para o equilíbrio de sua homeostase.

De'Carli (1999, 2006) afirma que a beleza do Reiki está na simplicidade do método, estando ao alcance de todos, independentemente do estilo de vida da pessoa; tem a possibilidade de romper tempo e espaço, podendo ser aplicado à distância e com sucesso; é um método holístico, uma vez que proporciona harmonia em nível físico, emocional, mental e espiritual; é um método sem polaridade e seguro, sendo compatível com as polaridades, Yang e Ying, dos seres humanos, ou seja, sem efeitos colaterais ou contraindicações.

Esta terapia contribui para expansão da consciência, expandindo a conexão com o plano cósmico e a ampliação da intuição; preserva a energia Ki do terapeuta, da energia canalizada para o cliente, 30% poderá ser absorvida pelo terapeuta, se for necessário. Pode ser utilizada como autotratamento pelo terapeuta, sendo uma técnica significativamente efetiva para manter o equilíbrio de quem faz aplicação do Reiki. É desnecessário o diagnóstico patológico para efetuar a aplicação proposta, pois o que é absorvido pelo cliente é energia; contribui para o benefício de qualquer ser vivo: aves, animais e plantas; é uma técnica que não fica obsoleta, pois a sintonização fica enraizada profundamente no iniciado para sempre; é desnecessário despir o cliente, pode ser recomendada a retirada de pulseiras, relógios, brincos, anéis, entre outros adornos, pois pode interferir no campo eletromagnético do cliente e pode ser utilizado de forma isolada ou como terapia complementar a qualquer outro procedimento

terapêutico, principalmente pelo fato da energia do Reiki não ter polaridade (HONERVOGT, 2006; MCKENZIE, 1998; PRIMACK, 2005; SCHULTE, 1997; STEIN, 2005).

A energia pode ser produzida de diferentes formas, as que têm maior relevância para este estudo são: A energia química, que é aquela que está armazenada num átomo ou numa molécula, presente nas ligações químicas do trifosfato de adenosina; a energia radiante, que se propaga por meio de partículas ou de ondas de acordo com determinada temperatura e está associada à energia eletromagnética (HEWITT, 2008); e a cósmica, que interpenetra e nutre todas as estruturas do universo multidimensional que, dependendo do ambiente, pode ser percebida de várias formas diferentes (PETTER, 2002).

Neste contexto, com relação à segunda, destaca-se que o espectro de luz visível é constituído por ondas eletromagnéticas como todas as outras, diferindo somente na frequência e no comprimento das mesmas. Assim, observa-se a confirmação da equação de Einstein ($E = m.c^2$), determinando que, à velocidade da luz, a energia será infinita e qualquer massa nesta velocidade se tornará energia, ou seja, a matéria é energia em estado condensado e a energia é matéria em estado radiante (GERBER, 2004).

Moreno (2005, p. 33) afirma que "a pessoa é um todo integrado e que age em todo o tempo através de níveis distintos de energia, como a vital, a emocional e a mental" que se interpenetram e coexistem em frequências vibratórias diferentes, ou seja, uma onda de alta frequência significa que a partícula possui uma alta energia e vice versa. As fontes destas energias estão dispostas na luz, no ar atmosférico e na alimentação, por exemplo, podendo ser captadas pela digestão, pele, sono, chacras e projeção astral.

Os estímulos energéticos, como o que pode ser proporcionado também pelo Reiki, agem diretamente nos níveis de energia do ser humano e esta integração vibracional encontrará ressonância no corpo físico e, desta forma, proporcionará equilíbrio energético e, consequentemente, resolutividade das manifestações clínicas do cliente que é atendido com este tipo de terapia (MORRIS, 2001). Este campo de energia universal devidamente acessado pela consciência pode ser movimentado através da simples intenção aplicada pela vontade, podendo ser direcionado para o próprio indivíduo que a acessou ou a outro alguém, permitindo a renovação de energia ou o aumento da vitalidade, proporcionando saúde, equilíbrio e Harmonia. Neste sentido, considera-se que o Reiki também é uma fonte de estímulo energético positivo que pode contribuir para o equilíbrio dos seres humanos (SCHULTE, 1997).

No reino físico, percebe-se apenas uma pequena parte de uma realidade multidimensional[3] muito ampla e complexa, sobre a qual, na qualidade de seres humanos, temos infinitamente mais controle do que possa parecer. Os seres humanos são constituídos de uma rede complexa de interconexão energética entre o corpo físico visível e concentrações energéticas sutis e de vibrações rápidas que podem se apresentar invisíveis às estruturas sensórias humanas, mas apresentam-se interpenetradas em suas vidas e em seus corpos. Estas energias formam um campo ao redor de cada indivíduo que interage com a natureza e os outros seres, recebendo e irradiando energia, bem como formando padrões energéticos em fração de tempo inimagináveis através dos pensamentos, dos sentimentos e das emoções que fluem incessantemente e interpenetram no corpo energético dos seres humanos (DE' CARLI, 1999, 2006; MORRIS, 2001). Nesta perspectiva, considera-se que os hábitos e os padrões da mente podem não apenas afetar o processo de doença de maneira adversa, mas também representar uma poderosa força para a saúde, o crescimento e a mudança (DE' CARLI, 1999, 2006; LÜBECK, 1997, 2010).

O corpo físico está em contato com outros corpos de matéria energética sutil que apresenta níveis de frequência mais elevados do que aqueles que o olho físico tem possibilidade de perceber. Segundo Gerber (2004), a frequência dessa energia determina a densidade de sua manifestação na forma de matéria, a que vibra numa frequência muito lenta é chamada de física e a que vibra em velocidades maiores que a da luz é chamada de sutil. A energia sutil é tão real quanto à matéria densa, a diferença é que seu nível de vibração é mais rápido e a melhor forma de contribuir na aquisição ou na manutenção do equilíbrio dos corpos sutis é a utilização de terapias que proporcionem energia que vibre numa frequência que está acima do próprio corpo físico.

A energia do Reiki, através do nível de vibração mais rápida, dissolve os bloqueios e proporciona uma mudança na estrutura energética, ou seja, aumenta o potencial de energia do cliente, permitindo o equilíbrio dos chacras e, consequentemente, o retorno ao seu estado natural de saúde, harmonia e bem estar. No início do século XX, entre 1930 e 1934, Bach percebeu que as alterações energéticas nos corpos sutis proporcionavam os distúrbios físicos e de personalidade nos seres humanos, levando este autor a pesquisar e organizar 38 essências florais que têm hoje o seu nome e são indicados para os estados mentais e emocionais em desequilíbrio (MORRIS, 2001).

[3] A Realidade Multidimensional é aquela que permeia todos os planos de manifestação, pois é constituída de uma frequência energética de alta vibração, ou seja, de uma vibração maior que a velocidade da luz.

A filosofia chinesa considera que os princípios que determinam o fluxo de energia através do universo são aplicáveis ao sistema energético humano, ou seja, os seres humanos são um microcosmo dentro do macrocosmo universal e este estado de equilíbrio dinâmico tem uma relação direta entre polos de natureza oposta, cuja essência é caracterizada de Yin e Yang (GERBER, 2004, p. 144):

> Nessa ideia de polaridade, o *yang* é considerado o princípio masculino, apresentando-se com características ativas, produtivas e associadas ao sol, à luz e ao princípio criador da vida. Por sua vez, o yin é o elemento feminino e, portanto, passivo, destrutivo, e associado à lua, à escuridão e à morte. A oscilação energética entre estes polos opostos é necessária para alcançar um equilíbrio dinâmico num universo de mudanças constantes.

A manutenção de um perfeito equilíbrio entre o yin e o yang contribui para uma perfeita saúde física, mental e espiritual e como os chacras são centros de recepção, assimilação, transmissão e eliminação de energia podem, também, ser influenciados por este reflexo de polaridade de natureza oposta. Os seres humanos interagem constantemente com as frequências energéticas através dos seus chacras, de modo a lidar de forma mais equilibrada com os desafios do dia a dia. Segundo Moreno (2005), o sistema energético do ser humano é composto de milhares de chacras onde a energia é reciclada, quer dizer, onde ocorre uma organização de frequência que possa ser absorvida, sem que proporcione desequilíbrio para o corpo físico.

Assim, a terapia Reiki tem a capacidade de atuar em todo campo energético que envolve e penetra no corpo dos usuários, contribuindo para o equilíbrio físico, mental e espiritual, proporcionando bem estar e maior capacidade de lidar com os desafios da vida.

2.4.2 A construção do conhecimento sobre a terapia Reiki

As pesquisas na área de Terapia Não Convencional vêm progredindo nos últimos anos no mundo e dando apoio a uma ampla compreensão do ser humano, propondo que o corpo físico é diretamente afetado por aquilo que o homem pensa e sente. Caracteriza-se por abandonar a postura dicotômica mente/corpo, retornando a postura holística, compreendendo assim a inseparabilidade e a interdependência entre todos os corpos do ser humano.

As pesquisas vêm apresentando resultados promissores em relação à terapia Reiki, porém sugerem que os estudos sejam ampliados e revalidados em outros grupos de pessoas e localidades, como se identifica a seguir.

Wardell e Engebretson (2001) relataram que durante sessões de tratamento de Reiki, o nível de hemoglobina A aumentou, houve uma diminuição da pressão arterial sistólica, aumento da temperatura da pele e diminuição na leitura da eletromiografia, sugerindo mudanças bioquímicas e fisiológicas que levam ao relaxamento.

Olson, Hanson e Michaud (2003) conduziram um ensaio clínico comparando a dor, qualidade de vida e uso de analgésicos em uma amostra de 24 pacientes, em que metade destes, receberam dois tratamentos de Reiki, uma hora após a sua dose da tarde de analgésico. Os pesquisadores identificaram que o grupo que recebeu o tratamento de Reiki experimentou melhora no controle da dor e melhoria da qualidade de vida, mas não a redução global do consumo de opiáceos. Sugere o autor avaliação futura para determinar até que ponto os benefícios atribuídos ao Reiki neste estudo pode ter sido devido ao toque.

Mackay, Hansen e McFarlane (2004) estudaram as mudanças no sistema nervoso autônomo durante tratamento com o Reiki. Utilizaram três grupos na avaliação: controle, placebo e Reiki. Nos grupos placebo e Reiki a taxa de batimento cardíaco diminui, enquanto o tônus vagal cardíaco e a sensibilidade cardíaca ao baroreflexo aumentaram, indicando aumento na atividade parassimpática. A pressão arterial diastólica e a pressão arterial média mostraram uma significativa redução no grupo Reiki, enquanto que não houve nenhuma mudança no grupo controle e placebo.

Vitale e O'Connor (2006) estudaram comparativamente relatos de dor e os níveis de ansiedade, num estudo quase-experimental com 22 mulheres após histerectomia abdominal, no qual o grupo experimental (N= 10) recebeu assistência de enfermagem tradicional e três sessões de Reiki e o grupo controle (N= 12) só recebeu assistência de enfermagem tradicional. Os resultados indicaram que o grupo experimental relatou menor sensação dolorosa e solicitou menos analgésicos do que o grupo controle. Além disso, o grupo experimental referiu menos ansiedade que o grupo controle até 72 horas de pós-operatório.

Crawford e Leaver (2006) exploraram a eficácia do uso do tratamento de Reiki para melhorar a memória e o comportamento de certos problemas de memória em pacientes com prejuízo cognitivo suave ou moderado da doença de Alzheimer. Foi realizado um estudo quase-experimental com 24 sujeitos após quatro aplicações de Reiki. Os resultados indicaram que o tratamento com Reiki mostrou melhora das alterações nos sujeitos do estudo.

Assefi et al. (2008) conduziram um estudo randomizado com 100 adultos com fibromialgia em 2008, com objetivo de determinar se o Reiki é benéfico como tratamento coadjuvante. Concluíram que neste grupo não houve melhora dos sintomas e sugeriram que seja feito um estudo rigoroso para esta modalidade de terapia para pacientes com dor crônica.

Bowden, Goddard e Gruzelier (2010) investigaram se estudantes de psicologia que recebiam Reiki mostravam melhores estados de saúde e bem estar em relação aos que não recebiam Reiki. O grupo que recebeu Reiki teve uma redução significativa do estresse, apesar de terem sintomas iniciais significativamente maiores de estresse. Os resultados são sugestivos de que o Reiki tem uma contribuição substancial para saúde dos estudantes no decurso do ano letivo.

Hulse, Stuart-Shor e Russo (2010) realizaram um estudo experimental que analisou a utilização do Reiki antes da colonoscopia para reduzir a ansiedade e minimizar o uso de medicamentos em comparação com os cuidados habituais. Concluíram que os pacientes do grupo experimental apresentaram mais sintomas, embora não tenham necessitado de medicação adicional para dor durante o procedimento. Sugerem os autores que: a) as pessoas ansiosas podem se beneficiar de uma terapia adjuvante; b) a ansiedade e a dor são diminuídas com a terapia Reiki para pacientes submetidos à colonoscopia; c) analgésicos adicionais podem não ser necessários para pacientes que vão fazer colonoscopia e recebem terapia Reiki. Sugerem a realização de um ensaio clínico controlado com uma avaliação rigorosa e randomizada.

Richeson et al. (2010) realizaram estudo experimental avaliando o efeito do Reiki como uma abordagem alternativa e complementar para tratar idosos que experimentam dor, depressão e/ou ansiedade numa comunidade-moradia dos Estados Unidos. Observaram diferenças significativas entre os grupos experimentais e de tratamento convencional nas medidas de dor, depressão e ansiedade e nenhuma alteração na frequência cardíaca e pressão arterial foi anotada. Na análise de conteúdo das notas de tratamento e as entrevistas, revelaram cinco categorias de respostas: relaxamento, melhoria de sintomas físicos, humor e bem estar, curiosidade e desejo de aprender mais, maior autocuidado e resposta cognitiva e sensorial ao Reiki.

Vander et al. (2009), em estudo de revisão sistemática, afirmam que as limitações metodológicas e de comunicação de estudos existentes utilizando o Reiki se opõem a uma conclusão definitiva sobre sua eficácia, sendo necessário a realização de outros estudos.

O Brasil tem uma tradição limitada de pesquisas sobre terapia não convencional, porém a mudança de atitude dos usuários, ampliando a busca por estas terapias; dos diferentes

profissionais da área de saúde e dos administradores públicos e privados, com alteração na política de saúde, são fatores que podem contribuir para ampliar as pesquisas que favoreçam uma melhor compreensão das evidências do uso da terapia não convencional em tratamentos específicos (BARROS; NEVES, 2006).

3 **CONHECIMENTO REIFICADO DO BEM ESTAR SUBJETIVO**

3.1 **Definição e estrutura do bem estar subjetivo**

A abrangência do conceito bem estar subjetivo coloca-o numa posição de interseção de vários domínios da Psicologia Social, da Psicologia da Saúde e da Psicologia Clínica. Galinha e Ribeiro (2005) referem que no decurso da história e evolução o bem estar subjetivo caracterizou-se como um conceito abrangente e difuso, tendo sido utilizado com pouco respeito pelas suas distinções conceituais e operacionais. Pesquisadores de várias áreas de estudo reuniram os seus próprios termos e designações para estudar o bem estar subjetivo, sendo os termos utilizados transferíveis, mas nem sempre sinônimos (ANDREWS, ROBINSON, 1991). Diener (1984) (apud GIACOMONI, 2004) e Sirgy (2002) (apud GIACOMONI, 2004) referem que muitos pesquisadores apelaram para a necessidade de integração do conceito.

O conceito de bem estar subjetivo teve sua formulação inicial na tese de Wilson (1960), sendo o primeiro a estudar o termo como é conhecido hoje (GALINHA; RIBEIRO, 2005). Wilson se propôs a estudar

> Duas hipóteses do bem estar relacionando os conceitos de Satisfação e de Felicidade numa perspectiva Base-Topo (Bottom Up), cuja satisfação imediata de necessidades produz Felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer causa Infelicidade e Topo-Base (Top Down), cujo grau de Satisfação necessário para produzir Felicidade depende da adaptação ou nível de aspiração, que é influenciado pelas experiências vividas (DIENER et al., 1999 apud GALINHA; RIBEIRO, 2005, p. 204).

Esta proposição conceitual de bem estar subjetivo teve reflexo nos estudos empíricos e entre as décadas de 60 e 80 foram referidos 12 grandes estudos nacionais americanos sobre bem estar, já com a caracterização de bem estar subjetivo (ANDREWS; ROBINSON, 1991 apud GALINHA; RIBEIRO, 2005).

Galinha e Ribeiro (2005, p. 212) apontam que

> O bem estar subjetivo é um conceito de importância crescente num mundo demográfico em que se espera que as pessoas vivam as suas vidas de modo a que elas próprias se sintam preenchidas, segundo os seus próprios critérios. A atenção dada pela comunidade científica às variáveis positivas da Saúde Mental parece estar a ser acompanhada pela importância atribuída pela comunidade em geral.

Já Diener et al. (1999 apud GALINHA; RIBEIRO, 2005) definem bem estar como uma área de estudo com um construto amplo exigindo cuidado na comparação com outras variáveis de constructo restrito. Considerando a natureza global do conceito, "é importante proceder-se à validação discriminante das variáveis em investigação" (LUCAS; DIENER; SUH, 1996 apud GIACOMONI, 2004, p. 46).

A literatura científica tem procurado estudar o bem estar sob duas perspectivas: o bem estar subjetivo (hedonia) e o bem estar psicológico (eudaimonia). Desta forma, alguns autores questionam sobre os aspectos mais significativos e os objetivos mais importantes da vida dos indivíduos e sobre os níveis de felicidade e de significado, em diferentes domínios de vida.

Ryff (1989 apud GALINHA, RIBEIRO, 2005, p. 211) considera, contudo, que:

> O estudo do funcionamento positivo dos indivíduos deve incorporar aspectos da vida mais desafiantes e duradouros, como ter um propósito na vida, alcançar relações satisfatórias e atingir um sentimento de autorrealização, introduzindo, assim, o conceito de bem estar psicológico ou eudaimonia.

Baseados na teoria de Ryff (1989) e em outras teorias como a autodeterminação de Ryan e Deci (2001) e a seleção psicológica de Csikszentmihalyi e Massimini (1985); Delle Fave et al. (2011) têm também procurado investigar um conceito de felicidade mais eudaimônico, "conceitualizado como processo de crescimento e de auto atualização a longo prazo, relacionado com a construção de significados" (FREIRE; TAVARES, 2011, p. 185).

Nos últimos anos, o bem estar subjetivo tem sedimentado o seu terreno, de modo que é considerado um campo de estudo em expansão, conforme afirmam alguns autores:

> Ele é uma categoria vasta de fenômenos que inclui as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos globais de satisfação de vida. Cada um dos construtos deve ser entendido isoladamente, embora se correlacionem substancialmente, sugerindo a necessidade de um fator de ordem superior (GALINHA; RIBEIRO, 2005, p. 211).

Para McCullough, Heubner e Laughlin (2000 apud GALINHA, RIBEIRO, 2005, p.211) o bem estar está constituído de:

> Três componentes inter-relacionados, porém separados, a Satisfação com a Vida Global, definida como uma avaliação cognitiva positiva da vida pessoal como um todo; o Afeto Positivo refere-se à frequência de emoções positivas numa pessoa, emoções como orgulho e interesse, enquanto que o Afeto Negativo se refere à frequência das emoções negativas, perturbação e hostilidade.

Segundo Giacomoni (2004, p. 44), definir bem estar é difícil, considerando que o mesmo pode ser influenciado por idade, gênero, nível sócio econômico e cultura. Neste sentido, indica-se que "uma pessoa tem elevado sentimento de bem estar quando apresenta satisfação com a vida, presença frequente de afeto positivo e relativa ausência de afeto negativo". Neste contexto, as pessoas que demonstram um bem estar positivo experienciam uma preponderância de emoções positivas em relação às emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo.

Para Myers e Diener (1995, p. 17), o bem estar subjetivo, ao qual subjaz uma lógica hedônica de prazer e de gratificação mais imediatos, traduz-se

> Na presença de emoções positivas e ausência de emoções negativas e na avaliação global da satisfação com a vida. Maior satisfação com a vida parece estar relacionada com indicadores de funcionamento positivo e menor satisfação com a vida tem sido associada à maior sintomatologia depressiva, à rejeição interpessoal e a comportamento agressivo.

A dimensão satisfação com a vida depende de uma comparação entre circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele escolhido, ou seja, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida, esta avaliação utiliza critérios próprios, podendo ser com a vida global ou em área específica (EMMONS, 1986). Diener, Suh e Oishi (1997 apud GALINHA; RIBEIRO, 2005, p. 212) refere que:

> O afeto positivo é um sentimento transitório de prazer ativo; sendo mais uma descrição de um estado emocional do que um julgamento cognitivo. Já o afeto negativo tem relação com um estado de distração e engajamento desprazível, sendo também transitório, porém incluem emoções desagradáveis de ansiedade depressão, agitação, aborrecimento, pessimismo entre outras manifestações psicológicas aflitivas e angustiantes.

Neste sentido, um nível elevado de bem estar subjetivo, caracteriza-se por experiências emocionais positivas, rara experiência emocional negativa e satisfação com os vários aspectos da vida e com a própria vida como um todo, consequentemente, caracteriza-se como um constructo multidimensional e dinâmico.

Diener, Suh e Oishi (1997 apud GALINHA; RIBEIRO, 2005) caracterizam que o bem estar subjetivo está estruturado de modo que estes três componentes formam um fator global ou variáveis inter-relacionadas. Referem ainda, que cada um dos três componentes pode ser

subdividido. A Satisfação com a vida global pode ser dividida em satisfação com os vários domínios da vida e estes podem ser divididos em várias facetas. O Afeto Positivo pode ser dividido em emoções, tais como alegria, afeição e orgulho e o Afeto Negativo em emoções negativas como vergonha, culpa e tristeza.

Existem, portanto, três características cardinais do bem estar subjetivo:

> Na primeira, o campo de estudo cobre todo o espectro do bem estar, sem focar apenas os estados indesejáveis, sendo consideradas importantes, também as diferenças individuais nos níveis de bem estar positivo. Na segunda preconiza-se a definição em termos das experiências internas da pessoa, sem impor critérios ou avaliações externas, embora sabendo que muitos critérios de Saúde Mental sejam ditados do exterior, por pesquisadores ou clínicos, deve ser medido a partir da perspectiva da própria pessoa, com isso o campo de estudo do bem estar subjetivo diferencia-se da Psicologia Clínica tradicional. Já a terceira característica, define que o campo de estudo foca estados de bem estar subjetivo de longo termo e não apenas o humor momentâneo. Sabe-se que o que pode fornecer Felicidade num momento pode não ser o mesmo que produz o bem estar subjetivo de longo termo, porém mesmo que o humor das pessoas possa flutuar em função dos eventos de vida, o pesquisador do bem estar subjetivo está interessado no humor ao longo do tempo e não apenas em emoções passageiras (DIENER; SUH; OISHI, 1997 apud GALINHA; RIBEIRO, 2005, p.212).

A investigação sobre qualidade de vida tem aprofundado a discussão sobre a definição e avaliação do bem estar subjetivo, incorporando-a. Os estudos do campo da economia associavam o bem estar com a quantidade de bens, mercadorias e serviços que são produzidos pela comunidade. As ciências sociais têm uma longa tradição de pesquisa na área, incorporando aos elementos da economia outros indicadores sociais, tais como: baixas taxas de crime, expectativa de vida, respeito pelos direitos humanos e distribuição com equidade dos recursos.

Neste sentido, Pereira (1997 apud CARDOSO, 2006) refere que a avaliação da qualidade de vida implica não somente a consideração do bem estar objetivo, isto é, as condições de vida dos seres humanos, mas também do bem estar subjetivo, ou seja, o modo pelo qual os seres humanos compreendem os diversos domínios de sua vida. Os estudos realizados por Siqueira e Padovam (2008 apud CARNEIRO, 2010, p. 30) mostraram que "o termo satisfação de vida se refere ao julgamento que o ser humano faz sobre sua vida e que reflete o quanto ele se percebe diante ou próximo de suas aspirações".

A partir do exposto acima, Albuquerque e Trócoli (2004) referem que muitos autores consideram a avaliação subjetiva da qualidade de vida como o bem estar subjetivo.

3.2 **Avaliação do bem estar subjetivo**

Os estudos científicos sobre bem estar são conhecidos por marcar uma mudança da orientação da Psicologia para a Saúde Mental, de certa forma, como uma reação ao enfoque generalizado nos sintomas de doença. Estes estudos também contribuíram para elaboração de medidas que possibilitam uma avaliação mais apropriada dos indicadores da Saúde Mental, através de variáveis como satisfação com a vida, afeto positivo e afeto negativo (LUCAS; DIENER; SUH, 1996 apud GALINHA; RIBEIRO, 2005).

As medidas de autorrelato são "as bases de estudos empíricos da área de estudo do bem estar subjetivo" (DIENER, 1984; LUCAS; DIENER; SUH, 1996 apud GIACOMONI, 2004, p. 46).

O bem estar subjetivo nas décadas 60 e 70, "por sua importância central nos estudos de qualidade de vida era avaliado através de medidas de único item em grandes pesquisas sociais gerais" (GIACOMONI, 2004, p. 46). Nos grandes levantamentos sociais da época, era incluído como princípio básico, o que se refere a questão específica sobre felicidade ou satisfação de vida. Dentre as medidas de único item sobre satisfação de vida mais utilizada tem-se o Index de Bem estar de Campbell, Converse e Rodgers (GIACOMONI, 2004).

Giacomoni (2004, p. 45) refere que foi realizado

> No início da década de 1970 um grande levantamento sobre a qualidade de vida americana realizado, com a participação de mais de 2.000 pessoas. O Index de Bem estar de Campbell, Converse e Rodgers é composto pela soma do escore médio da escala de afeto geral (conjunto de oito indicadores semânticos de afeto) e pela medida da escala de único-item de satisfação de vida, com a seguinte pergunta: "O quão satisfeito você está com a sua vida como um todo?", tendo respostas em uma escala de tipo Likert de sete pontos, variando entre completamente não satisfeito (escore 1) a completamente satisfeito (escore 7).

Alguns pesquisadores também elaboraram escalas de único item, com a utilização de artifícios gráficos, de modo a ultrapassar a barreira do uso de uma língua em particular, com a finalidade especial para realização de estudos transculturais. Foi desenvolvida por Cantril uma Escala da Escada, "composta pela figura de uma escada com 10 degraus (formada de 11 números, de zero a dez) onde o indivíduo era questionado a marcar entre o melhor e o pior estado que se encontrava" (GIACOMONI, 2004, p. 46). A Escala de Faces foi outro instrumento muito utilizado, elaborada por Andrews e Withey (1976) formada por sete faces cujas expressões variam de muito positivo a muito negativo, sendo apresentadas através de

um cartão impresso ao pesquisado. Posteriormente, o sujeito era questionado em relação a qual das fisionomias se aproximava mais para expressar como estava se sentindo sobre a sua vida. Estes autores também desenvolveram outro instrumento chamado de *Delighted-Terrible Scale*, formada por uma escala de resposta tipo Likert de sete pontos, ilustrada por adjetivos desde *Terrible* até *Delighted*" *(*ANDREWS; WITHEY, 1976 apud GIACOMONI, 2004, p. 46).

Mesmo com a vantagem da brevidade, as escalas de único item foram críticas pelas seguintes razões: foram desenvolvidas para populações específicas, não permitem obter estimativas de consistência interna, e não cobrem todos os aspectos do bem estar subjetivo (ANDREWS; ROBINSON, 1991 apud GALINHA; RIBEIRO, 2005).

Outros tipos de escalas foram elaborados e muito utilizados, além das escalas de felicidade e de satisfação referidas anteriormente. Estes instrumentos tentaram ultrapassar o modelo geral de questionamentos em relação à felicidade e a satisfação de vida, porém negligenciaram outro componente do bem estar subjetivo, que no caso da felicidade foi o componente cognitivo, e da satisfação de vida, foi o componente afetivo.

As demais escalas utilizadas são as de vários itens que medem diferentes componentes. Muitas dessas escalas são úteis para medir os componentes separados de frequência e intensidade do bem eestar subjetivo (DIENER, 1984 apud GIACOMONI, 2004).

Dentre os instrumentos encontrados na literatura para uso em amostras de adultos jovens e de meia-idade, cabe ressaltar a *Affect Balance Scale* (BRADBURN, 1969), *General Well-being Schedule* (FAZIO, 1977), *Affectometer* 2 (KAMMANN; FLETT, 1983), a Escala de Satisfação de Vida (DIENER et al., 1985; PAVOT; DIENER, 1993; PAVOT et al., 1991), Escalas PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*) (WATSON; CLARK; TELLEGEN, 1988) e a Escala de Bem estar Subjetivo (*Subjective Well-Being Scale* – SWBS) (LAWRENCE; LIANG, 1988).

A Escala de Satisfação de Vida (SWLS) foi elaborada com o objetivo de avaliar a satisfação de vida global. Essa Escala está disponível na internet, incluindo suas instruções no site www.psych.uiuc.edu/~ediener, por isso é considerada de domínio público. No Brasil, a escala foi adaptada para uso por Giacomoni e Hutz (1997) e vem apresentando resultados coerentes com os americanos (GIACOMONI, 2004).

A Escala de Bem estar Subjetivo (SWBS) é formada por 15 itens relativos a quatro subdimensões: satisfação de vida, felicidade, afeto positivo e afeto negativo. Este instrumento inclui a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS), composta por quatro itens (GIACOMONI, 2004).

Outro instrumento utilizado em pesquisas estrangeiras é a Escalas PANAS com o intuito de suprir a lacuna de instrumentos psicometricamente bem construídos, econômicos e de fácil aplicação, que avaliassem afeto positivo e negativo. Cada escala é formada por vinte itens que mensuram as dimensões afeto positivo e afeto negativo. As pesquisadoras Giacomoni e Hutz (1997) desenvolveram uma versão da PANAS para o português, seguindo os mesmos passos e critérios de construção da PANAS original, ao invés de fazer a tradução-adaptação da mesma (GIACOMONI, 2004).

Portanto, por apresentar múltiplas facetas, o bem estar subjetivo deve ser avaliado, também, através dos julgamentos globais, dos relatos de humores momentâneos, da fisiologia, da memória e das expressões emocionais. Identifica-se, ainda que a estratégia tradicional de mensurar o bem estar subjetivo são as medidas de autorrelato que fazem uso de exemplificações de experiências de felicidade.

No entanto, deve-se considerar que existem vários métodos possíveis para avaliar bem estar subjetivo, alternativos aos de auto relato, tais como: os escores de descritores qualitativos da vida das pessoas, a medição das reações a estímulos emocionais ambíguos e os registros de lembranças de eventos bons e ruins das pessoas, frequência de sorrisos, a habilidade de lembrar eventos positivos ou negativos de suas vidas, assim como, relatos de familiares e/ou amigos sobre os níveis de satisfação e felicidade da pessoa (DIENER, DIENER, 1998; GALINHA; RIBEIRO, 2005; GIACOMONI, 2004).

Por fim, cabe "citar as medidas fisiológicas, que avaliam os níveis de cortisol salivar, ou as medidas eletrofisiológicas, obtidas através de eletroencefalografias, que também podem ser utilizadas para identificar os níveis de bem estar e mal-estar" (KAHNEMAN; DIENER; SCHWARZ, 1999 apud GIACOMONI, 2004, p. 47).

Vários estudos têm sido desenvolvidos com a preocupação de verificar a estabilidade dos níveis de bem estar. Essas pesquisas têm mostrado que o bem estar subjetivo apresenta alguma estabilidade temporal (DIENER, 1994; HORLEY; LAVERY, 1991 apud GIACOMONI, 2004). O estudo de Andrews (1991) sobre a estabilidade e mudança nos níveis e na estrutura do bem estar subjetivo nos Estados Unidos, num intervalo de dezesseis anos, entre 1972 e 1988, mostrou que as estruturas das medidas de bem estar subjetivo permanecem constantes, enquanto ocorrem algumas mudanças nos níveis das medidas (GIACOMONI, 2004).

Neste estudo, será utilizada a escala adaptada por Giacomoni e Hutz (1997) e por Albuquerque e Tróccoli (2004), que é formada por três itens da Escala de Bem estar Subjetivo (SWBS) de Lawrence e Liang (1988), três da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) de

Diener et al (1985) e 15 itens da Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS) de Watson, Clark e Tellegen (1988) que vem apresentando resultados coerentes com as escalas internacionais.

O sentido das experiências dos indivíduos é construído socialmente através de representações, crenças, pressuposições e expectativas sobre o mundo. Numa perspectiva psicossocial é fundamental para a compreensão do bem estar subjetivo entender como o social (cultura) e o individual (personalidade) se influenciam mutuamente (SMITH; BOND, 1999).

Considera-se, portanto, que este constructo adequa-se a análise dos impactos objetivos e subjetivos da terapia Reiki, uma vez que essa terapia pode contribuir para o equilíbrio energético dos sujeitos e, portanto para que esses experienciem sentimentos positivos que se reflitam no seu cotidiano de vida.

4 **TEORIA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Este capítulo apresenta a teoria das representações sociais com sua proposição inicial, as abordagens complementares surgidas após o trabalho de Moscovici (1985) e a teoria do núcleo do núcleo central, a qual foi utilizada neste estudo.

4.1 **Conceitos básicos da teoria de representações sociais**

Moscovici (1985) definiu a Psicologia Social como a ciência do conflito entre o indivíduo e a sociedade. Para o autor, o indivíduo só existe dentro da rede social e toda sociedade é resultado da interação de milhares de indivíduos. No que se refere aos objetos de estudo da Psicologia Social complementa Moscovici: os fenômenos da ideologia, cognição e representações sociais e os fenômenos de comunicação, todos vinculados aos diversos níveis das interações humanas.

Na Psicologia, o conceito de representação social foi resgatado pela vertente sociológica da Psicologia Europeia. O estudo da representação social marca uma mudança no eixo tradicional das pesquisas em Psicologia Social, que se concentravam, principalmente, na tradição behaviorista de verificação de comportamentos observáveis. Durante muitos anos, os conteúdos implícitos do comportamento humano foram pouco trabalhados pela Psicologia por, supostamente, não estarem dentro do âmbito de estudo desta ciência. "A corrente behaviorista detinha a hegemonia não só da Psicologia Social como em todas as áreas da ciência psicológica" (ALEXANDRE, 2004, p. 125).

Alexandre (2004, p. 125-126), em relação à Psicologia Social Europeia, complementa afirmando que

> A contribuição da vertente francesa à Psicologia está fundamentada na ampliação dos objetivos e limites da Psicologia Social, alcançando bons resultados na compreensão do processo da elaboração psicológica e social da realidade, integrando aspectos explícitos e implícitos do comportamento à explicação das condutas.

Moscovici (1994 apud ALEXANDRE, 2004, p. 124) afirma que "o conceito de representação social teve sua origem na Sociologia e na Antropologia, através de Durkheim e

Lévi-Bruhl, além da teoria de Piaget sobre as representações infantis, da teoria do desenvolvimento cultural de Vigotsky e das teorias sexuais de Freud".

A representação social é uma teoria da Psicologia Social, que articula o social e o psicológico como um processo dinâmico, favorecendo a compreensão da formação do pensamento social e antecipando as condutas humanas. "Ela favorece o desvendar dos mecanismos de funcionamento da elaboração social do real, tornando-se fundamental no estudo das ideias e condutas sociais" (ALEXANDRE, 2004, p. 130).

Para Farr (1994 apud ALEXANDRE, 2004, p.124) a "teoria das representações sociais pode ser considerada como uma forma sociológica de Psicologia Social", conforme destacado em seu estudo sobre a representação social da psicanálise.

Neste estudo, Moscovici (1994 apud ALEXANDRE, 2004, p. 124) busca compreender

> De que forma a psicanálise, ao sair dos grupos fechados e especializados, adquire uma nova significação pelos grupos populares. Sendo motivado a desenvolver o estudo das representações sociais utilizando uma metodologia científica considerando a crítica dos pressupostos positivistas e funcionalistas das demais teorias que não explicavam a realidade em outras dimensões, como é o caso da dimensão histórico-crítica. Alguns teóricos da Psicologia Social, anteriores à Segunda Guerra Mundial, fizeram distinção entre o individual e o coletivo (compreendido como cultura ou sociedade).

Segundo Moscovici (2012, p. 79), as representações sociais procuram reconhecer

> Como os grupos constroem um mundo estável e previsível, a partir das diferenças, considerando como ponto de partida a diversidade dos indivíduos. As representações se apresentam como uma rede de ideias, metáforas e imagens, que existem na sociedade, e à medida que são necessárias, circulam e tomam diferentes formas na memória, na percepção dos indivíduos, ficando depois reconhecidas como autênticas. Neste sentido, a realidade vivenciada pelos diferentes grupos é específica da sociedade.

Ao interpretar o mundo, o indivíduo utiliza as estruturas herdadas de seu processo formativo social, isto é, ele lê sua experiência a partir de suas próprias estruturas subjetivas. Os grupos sociais e os indivíduos produzem e comunicam suas representações e soluções, que influenciam de maneira decisiva, seu próprio comportamento (MOSCOVICI, 2012).

Jodelet (2001) refere que os seres humanos criam as representações como consequência de um ajuste necessário para a adequação ao mundo, ou seja, para saber como se comportam física e intelectualmente, além de identificar e resolver os problemas que se apresentam no dia a dia.

Moscovici (1978, p. 34) propõe uma das definições de representação social como "uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos".

Moscovici (2012, p. 48-49) afirma que a representação social é

> Um conjunto de conceitos, explicações e afirmações que se originam no cotidiano através das comunicações interindividuais; contribuem para a formação das condutas e a orientação das comunicações sociais; possibilita o processo de objetivação e ancoragem. Enfim, a representação social pode ser compreendida como a "teoria do senso comum" designando, numa perspectiva ampliada, uma forma de pensamento social.

As representações são tomadas pelos pesquisadores do campo da saúde a partir de diversas facetas conceituais. Uma dessas refere a como:

> [...] conjunto organizado de informações, atitudes e crenças que o indivíduo ou um grupo elabora a propósito de um objeto, de uma situação, de um conceito de outros indivíduos ou grupos apresentando-se, portanto, como uma visão subjetiva e social da realidade (ABRIC, 2001, p. 86).

Já Doise (1986 apud OLIVEIRA, 2000, p. 5) complementa que a representação "é tomada ainda como princípios geradores de tomada de posição que estão ligados a inserções específicas em um conjunto de relações sociais, organizando os processos simbólicos que intervêm nessas relações".

E por fim, Jodelet (2001, p. 25) refere que as representações sociais são "uma forma de conhecimento socialmente elaborada e compartilhada, com um alcance prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social".

As representações sociais são consideradas como uma modalidade particular de conhecimento porque não é todo conhecimento que pode ser assim considerado, porém somente aquele que está na vida cotidiana das pessoas, através do senso comum. Essa forma de conhecimento é elaborada socialmente e funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade. Sendo um conhecimento prático que não se opõe ao pensamento científico, mas se parece com ele, no que diz respeito à elaboração destes conhecimentos a partir de um conteúdo simbólico e prático (MOSCOVICI, 1985).

No plano social ou grupal as representações sociais são determinadas por interesses dos grupos que as produzem. Embates de representações têm tanta importância quanto os embates econômicos para compreender o modo pelo qual um grupo impõe, ou tenta impor, a sua concepção do mundo social e os seus valores. "A representação social, enquanto objeto de

estudo da Psicologia Social, permite a articulação do social e do psicológico, tornando-se um instrumento de compreensão e de transformação da realidade" (ALEXANDRE, 2004, p. 130).

A estrutura social é outro elemento essencial da realidade na vida cotidiana. A partir da sociedade, da interação e das relações pessoais, o indivíduo expressa a sua subjetividade. Interagindo com a intersubjetividade, o ser humano consegue ter certeza da realidade vivida e da diferença entre a sua realidade e as outras. "A estrutura social é compartilhada pela consciência do senso comum, porque se refere a um mundo que é comum a muitos indivíduos". Neste sentido, o estudo da natureza social dos processos cognitivos (a cognição social), pode ser uma alternativa para recuperar a essência e a identidade da Psicologia Social moderna (ALEXANDRE, 2004, p. 128-129).

Portanto, uma representação social não pode ser compreendida como um processo cognitivo individual já que é produzida na interação das relações e comunicações sociais. Esta teoria é um importante suporte para a análise da realidade social, considerando que proporciona uma visão das concepções que os diferentes grupos constroem a respeito do mundo e da realidade vivida.

No que se refere ao seu campo de estudo a teoria de representações sociais "oferece um quadro de análise e de interpretação que permite a compreensão da interação entre o funcionamento individual e as condições sociais nas quais os atores sociais evoluem" (ABRIC, 2000, p. 35).

Neste sentido, Farr (2002) afirma que somente vale a pena estudar uma representação social se esta estiver relativamente difundida na cultura em que o estudo está sendo realizado, ou seja, o objeto deve fazer parte do universo consensual, estar inserido na estrutura social e apresentar um caráter peculiar.

A partir deste contexto, Moscovici (1976 apud SÁ, 1993) refere que a descrição de um fenômeno pela identificação de suas representações, permite compreender a realidade contextual e o comportamento dos seres humanos e estas representações desvelam características que escapam do observador se não se considerar como o conhecimento foi formado e em qual estrutura social.

Sá (1993, p. 19) destaca que "o termo representações sociais designa tanto um conjunto de objetos e fenômenos quanto os conceitos que os englobam e a teoria que visa explicá-los". Neste sentido, compreender o que é o Reiki para as pessoas que utilizam essa terapia pode levar a um entendimento das simbolizações construídas e colocadas em prática na busca pela mesma.

Partindo do pressuposto de que a construção da realidade é sempre comum a um determinado grupo social, representar ou se representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual o sujeito se reporta a um objeto, considerando o que Jodelet (2001, p. 22) afirma que: "não há representação sem objeto".

A utilização da teoria de representação social nesta tese considera a afirmativa de Jovchelovitch (2002) segundo a qual as representações não se centram na individualidade do sujeito, mas nos fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade social, como totalidade. Isto significa que o social envolve uma dinâmica que é diferente de um agregado de seres humanos, ou seja, pode-se considerar como aquilo que as diferentes opiniões individuais têm em comum, a lógica que lhes une e que é compartilhada por todo um grupo social de forma mais ou menos instável.

Sá (1993) salienta que não é importante apenas a influência unidirecional dos contextos sociais sobre os comportamentos, estados e processos individuais, mas**,** também**,** a participação destes na construção das próprias realidades sociais.

Spink (2004) considera que as representações são essencialmente dinâmicas, são produtos de determinações tanto históricas como do "aqui-e-agora" e construções que tem uma função de orientação, ou seja, conhecimentos sociais que situam o ser humano no mundo e, situando-o, definem sua identidade social.

Neste sentido, Lane (2004) caracteriza que a partir das representações sociais pode-se detectar os valores, ideologias e as contradições, ou seja, aspectos fundamentais para a compreensão do comportamento social, sem a necessidade de inferir predisposições que pouco garantem uma relação causal com comportamentos.

As representações sociais devem ser vistas de uma forma específica para compreender e comunicar o que os seres humanos já sabem. Elas ocupam uma posição entre conceitos, que tem como objetivo abstrair o sentido do mundo e introduzir nele uma ordem de percepções, que reproduzam o mundo de forma significativa (MOSCOVICI, 2012). Segundo Victoria, Knauth e Hanssen (2000), é próprio da representação social não se pensar como tal, considerando que, para aqueles que compartilham, ela é a própria realidade.

Jovchelovitch (2000) considera que pesquisar as representações sociais é uma tentativa de trazer à tona, no registro das experiências simbólicas, estruturas sociais que podem e devem ser abertas para transformações substantivas. Jodelet (2001, p.17) acrescenta que as representações sociais são importantes na vida cotidiana, porque "elas guiam o modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, o modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e posicionar-se frente a eles de forma defensiva".

Assim, Moscovici (1984 apud SÁ, 1993, p. 35) afirma que para se compreender as representações sociais como fenômenos, é necessário conceber que elas são construídas com a finalidade de tornar familiar algo não-familiar.

Em termos mais globais Moscovici (1984 apud SÁ, 1993, p. 36) refere que

> No todo, a dinâmica dos relacionamentos é uma familiarização, onde objetos, indivíduos e eventos são percebidos e compreendidos em relação a encontros ou paradigmas prévios. Como resultado, a memória prevalece sobre a dedução, o passado sobre o presente, a resposta sobre o estímulo, as imagens sobre a realidade.

A partir deste pressuposto, conforme propõe Moscovici (2012), para que de fato aconteça a representação de um objeto é necessário que ocorra a transformação do não familiar em familiar. E ainda, ao investigar o processo de formação das representações sociais, de modo a dar-lhes uma feição familiar, é necessário pôr em funcionamento os dois mecanismos de um processo de pensamento baseado na memória e em conclusões passadas.

Assim, Moscovici (2012, p. 61-62) afirma que para geração das representações sociais são necessários dois processos: a ancoragem e a objetivação.

> A ancoragem é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que intriga, no sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que se pensa ser apropriada. Ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras. Com efeito, classificar e dar nomes são dois aspectos fundamentais na ancoragem das representações.

Jodelet (2001, p. 38-39) refere que

> A ancoragem desempenha um papel decisivo na realização de sua inscrição num sistema de acolhimento nocional, um já pensado. Consiste num trabalho de memória, o pensamento constituinte apoiado sobre o pensamento constituído para enquadrar a novidade a esquemas antigos, ao já conhecido. De outra forma, a ancoragem serve para a instrumentalização do saber, conferindo-lhe um valor funcional para a interpretação e a gestão do ambiente, desta forma dá continuidade à objetivação. De modo geral, a ancoragem enraíza a representação e seu objeto numa rede de significações permitindo situá-los em relação aos valores sociais e dar-lhes coerência.

Desta forma, para Moscovici (2012), a representação é um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes, pois ao realizar a classificação e a nomeação dos objetos, têm-se como objetivos facilitar a interpretação de características desses objetos, a compreensão de intenções dos sujeitos que representam e os motivos subjacentes às ações dos seres humanos, ou seja, a formação de opiniões.

Para o mesmo autor a objetivação, por seu turno, une a ideia de não familiaridade com a de realidade, tornando-se a verdadeira essência da realidade para o sujeito. Moscovici (2012, p. 20) afirma que objetivar "é transformar algo abstrato em algo quase concreto; é reproduzir um conceito em uma imagem".

Já para Jodelet (2001, p. 40), a objetivação "consiste em uma operação imaginante e estruturante, onde é estabelecida uma forma, ou uma figura específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando concreto, quase tangível, o conceito abstrato, materializando a palavra".

E por fim, Moscovici (1976 apud SÁ, 1993, p. 34) afirma que "o dar materialidade a um objeto abstrato, isto é, neutralizá-lo, é o objetivar e a função de duplicar uma figura por um sentido, fornecendo um contexto inteligível ao objeto, é ancorar".

Neste sentido, a ancoragem e a objetivação são processos indispensáveis na formação das representações sociais. O processo inicia-se com a ancoragem, em que as ideias estranhas são reduzidas a categorias e imagens comuns, colocando-se num contexto familiar, a partir da classificação e da denominação. Posteriormente, é possível "unir a ideia de não familiaridade com a realidade tornando-se assim, a verdadeira essência da realidade, ou seja, a objetivação" (MOSCOVICI, 1984 apud SÁ, 2002, p. 46).

Jovchelovitch (2002) complementa afirmando que a objetivação e a ancoragem são as formas específicas em que as representações sociais estabelecem mediações, trazendo para um nível quase material a produção simbólica de uma comunidade e dando conta da concretude das representações sociais na vida social.

Para Jodelet (2001, p. 58), as representações sociais são "conjuntos simbólicos, práticos, dinâmicos cujo status é o de uma produção e não reprodução ou reação a estímulos exteriores, mas a utilização e seleção de informações a partir de repertório circulante na sociedade destinadas à interpretação e à elaboração do real".

Assim, Moscovici (1976 apud SÁ, 2002, p. 33) salienta que

> Representar uma coisa não é, com efeito, simplesmente duplica-la, repeti-la ou reproduzi-la, mas em reconstruí-la retocá-la e modificá-la; é dada uma identidade social ao desconhecido, é dado sentido ao que antes não tinha no senso comum, assim, o científico integra a linguagem familiar.

E, por fim, Sá (1993, p. 26) complementa que "as representações sociais realmente acontecem, em todas as ocasiões e lugares onde as pessoas se encontram informalmente e se comunicam. Faz simplesmente parte da vida em sociedade".

Jodelet (2001, p. 37-38) caracteriza que a pesquisa sobre representações sociais:

> Tem um caráter ao mesmo tempo fundamental e aplicado e recorre a metodologias variadas: experimentação em laboratório e campo, enquete por meio de entrevistas, questionários e técnicas de associação de palavras; observação participante; análise documental e de discurso. Existem vários elementos para atestar a fecundidade da noção, sua maturidade científica e sua pertinência para tratar dos distúrbios psicológicos e sociais no contexto da sociedade.

Neste contexto, compreender as representações sociais dos usuários sobre o Reiki, consiste numa interpretação coletiva da realidade vivida e verbalizada pelo grupo social, direcionando comportamentos e comunicações. Pretende-se, portanto, identificar os conteúdos simbólicos da terapia Reiki para os seus usuários, permitindo integrar a terapia as suas vivências individuais e sociais, por meio dos processos sociocognitivos descritos.

4.2 **Abordagens teóricas complementares**

A partir da proposição inicial de Moscovici (1961, 1976), conhecida como a "grande teoria", surgiram três abordagens complementares, que são: a processual estruturada por Denise Jodelet; a societal de Willem Doise e a estrutural que foi a única abordagem formalizada enquanto teoria, e por isso também é conhecida como Teoria do Núcleo Central, proposta por Jean-Claude Abric (1961, 1976 apud SÁ, 1998, 2002).

A abordagem processual está mais focada no processo do que no conteúdo das representações. Sua análise relaciona-se as produções simbólicas, significados, linguagem, objeto de estudo e vinculações sócio-históricas e culturais. A análise da vida cotidiana é utilizada com destaque nesta abordagem (SÁ, 1998).

Segundo Sá (1998, 2002), a abordagem relacional ou societal foi desenvolvida por Willem Doise e foca-se no aspecto sócio contextual das representações sociais, privilegiando a orientação metodológica estatístico-correlacional. Esta abordagem foi inicialmente articulada à sociologia de Bourdieu e enfatiza as relações sociais presentes na origem das representações sociais e suas condições de produção e circulação.

Para Doise (1985 apud ABRIC, 2000, p. 34), as representações são concomitantemente, consensuais e marcadas por fortes diferenças individuais. Afirma o autor que

> A identidade dos princípios de regulação não impede em nada a diversidade de tomadas de posição que se manifestam através das atitudes e das opiniões [...] Uma multiplicidade de tomadas de posição [...] (pode ser) [...] produzida a partir de princípios organizadores comuns.

Esta pesquisa foi orientada particularmente pela abordagem estrutural, tendo apenas tangencialmente contado com contribuições da abordagem processual. Desta forma, a abordagem estrutural será tratada a seguir.

Em 1976, Abric formulou a hipótese de que a organização de uma representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em um ou mais elementos, que dão significado a esta representação, ou seja, de existência de um núcleo central (SÁ, 1998).

De acordo com Abric (2003), a teoria do núcleo central é uma abordagem estrutural que se propõe a identificar e analisar os processos que constituem as representações sociais. Elas são compreendidas pelo autor como "um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes; ele constitui um sistema sócio cognitivo particular, composto de dois subsistemas: um sistema central (ou núcleo central) e um sistema periférico" (ABRIC, 2003, p. 38).

Desta forma, no presente estudo procurou-se identificar os elementos centrais e periféricos da terapia Reiki, enquanto objeto social conhecido para os sujeitos estudados, mas com o qual ainda não tinham tido aproximação prática.

No que se refere ao núcleo central, Abric (2000, p. 31) refere que ele

> [...] é determinado pela natureza do objeto representado, pelo tipo de relações que o grupo mantém com este objeto e pelo sistema de valores e normas sociais constituídos pelo meio ambiente ideológico do momento e do grupo.

No que concerne às funções do núcleo central, o autor afirma que

> [...] o núcleo central de uma representação evoca duas funções essenciais: Uma função geradora que é o elemento através do qual se cria, ou se transforma, o significado dos outros elementos constitutivos da representação. É através dele que os outros elementos ganham um sentido, um valor e uma função organizadora que é o núcleo central que determina a natureza dos elos, unindo entre si os elementos da representação. Neste sentido, o núcleo é o elemento unificador e estabilizador da representação (ABRIC, 2000, p. 31).

Além destas funções ele também tem a propriedade de ser o elemento mais estável da representação, ou seja, aquele que assegura a continuidade em contextos móveis e evolutivos. Neste sentido, é o elemento que mais resistência tem a mudanças, pois toda modificação do

núcleo central tende a provocar uma transformação completa da representação (ABRIC, 2000).

Discutindo a constituição do núcleo central, Abric (2003, p. 41) afirma que existem

> Dois tipos de elementos no núcleo central: os elementos normativos e funcionais; os normativos são diretamente originados do sistema de valores dos indivíduos e os funcionais são associados às características descritivas e à inscrição do objeto nas práticas sociais ou operatórias, determinam as condutas relativas ao objeto.

Abric (2000, p. 31) complementa que "é a identificação do núcleo central que permite o estudo comparativo das representações". Desta forma, duas representações diferentes devem estar organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes, ou seja, somente "a identificação do conteúdo de uma representação não é suficiente para o seu reconhecimento e especificação". Deve-se considerar também que "a centralidade de um elemento não pode ser atribuída somente por critérios quantitativos", pois o núcleo central possui uma dimensão qualitativa e "não é a presença maciça de um elemento que define esta centralidade e sim ao que este dá significado à representação".

No que e refere à análise da transformação das representações sociais, Abric (2000, p.39) refere que

> A transformação de uma representação se opera, na maior parte dos casos, através da transformação de seus elementos periféricos: mudança de ponderação, interpretações novas, deformações funcionais defensivas, integração condicional de elementos contraditórios. É no sistema periférico que poderão aparecer e ser toleradas contradições.

Tratando das propriedades do sistema periférico, o autor refere que os esses elementos estão organizados em torno do núcleo central:

> [...] ele é bem menos limitante, mais leve e flexível. É a parte mais acessível e mais viva da representação. Se o núcleo central constitui, de algum modo, a cabeça ou o cérebro da representação, o sistema periférico constitui o corpo e a carne. Seu papel é essencial e pode ser resumido em cinco funções: concretização, regulação, prescrição de comportamento, proteção do núcleo central e personalização (individualização da representação coletiva) (ABRIC, 2003, p. 38-39).

Para Abric (2000, p. 32), existem três funções primordiais dos elementos periféricos que são a função de concretização, de regulação e de defesa.

A função de concretização refere-se à dependência direta dos elementos periféricos do contexto e que eles

> Resultam da ancoragem da representação na realidade. Eles constituem a interface entre o núcleo central e a situação concreta na qual a representação é laborada ou colocada em funcionamento. Eles permitem a formulação em termos concretos, imediatamente compreensíveis e transmissíveis (ABRIC, 2000, p. 32).

Quanto à função de regulação, os elementos periféricos são definidos como

> Mais leve que os elementos centrais, os elementos periféricos têm um papel essencial na adaptação da representação às evoluções do contexto. Então, as informações novas ou as transformações do meio ambiente podem ser integradas na periferia da representação. Elementos susceptíveis de entrar em conflito com os fundamentos da representação poderão também ser integrados, seja lhes reinterpretando na direção do significado estabelecido pelo núcleo central, ou ainda, lhe atribuindo um caráter de exceção. Face à estabilidade do núcleo central, os elementos periféricos constituem o aspecto móvel e evolutivo da representação (ABRIC, 2000, p. 32).

Finalmente quanto à função de defesa exercida pelos elementos periféricos ao núcleo central, Flament (1987 apud ABRIC, 2000, p. 32-33) refere que

> [...] Os esquemas periféricos protegem o núcleo central, em caso de necessidade. Reencontramos aqui a função de defesa [...] Flament ressalta um dos processos colocados em funcionamento, [...] quando o núcleo central está ameaçado.
> Os esquemas normais diretamente associados ao núcleo se transformam então em "esquemas estranhos", definidos segundo quatro características: "a lembrança do normal, a designação do elemento estrangeiro, a afirmação de uma contradição entre esses dois componentes, a proposição de uma racionalização permitindo tolerar (temporariamente) a contradição.

Flament (1987 apud ABRIC, 2000, p. 32-33) considera ainda sobre as funções dos elementos periféricos:

> Primeiramente, eles são prescritores de comportamentos – e, acrescentamos, de tomadas de posição do sujeito. Eles indicam, de fato, o que é normal de se fazer ou de se dizer em uma dada situação, considerando o significado e a finalidade desta mesma situação. Eles possibilitam, assim, a orientação das ações e reações dos sujeitos de modo instantâneo, sem a necessidade de recurso aos significados centrais.
> Em seguida, eles permitem uma modulação personalizada das representações e das condutas a elas associadas. Uma representação única – logicamente organizada em torno de um mesmo núcleo central – pode assim dar lugar a diferenças aparentes. Estas diferenças estão ligadas à apropriação individual ou a contextos específicos, que se traduzirão através de sistemas periféricos e, eventualmente, através de comportamentos relativamente diferentes. Sob a condição, claro, que essas diferenças sejam compatíveis com um mesmo núcleo.

Moliner (1992 apud ABRIC, 2000, p. 33) sintetiza um ponto fundamental da teoria de Flament, referindo que "os esquemas centrais (o núcleo central) são normativos no sentido que exprimem a normalidade, não a certeza, enquanto que os esquemas periféricos exprimem o frequente, às vezes o excepcional, mas nunca o anormal".

O núcleo central e os elementos periféricos funcionam como um duplo sistema, em que cada parte tem um papel específico e complementar, permitindo, assim, compreender uma das características básicas das representações, que aparentam ser contraditórias, porém não o são.

Abric (2000, p. 34) descreve os atributos de uma representação social:

> Estáveis e rígidas posto que determinadas por um núcleo central profundamente ancorado no sistema de valores partilhado pelos membros do grupo; móveis e flexíveis, posto que alimentando-se das experiências individuais, elas integram os dados do vivido e da situação específica, integram a evolução das relações e das práticas sociais nas quais se inserem os indivíduos ou os grupos.

Abric (2000, p. 34) apresentou as características deste duplo sistema das representações sociais (Quadro 2).

Quadro 2 - Características do sistema central e sistema periférico de uma representação social

Sistema Central	**Sistema Periférico**
Ligado à memória coletiva e à história do grupo	Permite a integração de experiências e histórias individuais
Consensual - define a homogeneidade do grupo	Tolera a heterogeneidade do grupo
Estável, Coerente e Rígido	Flexível e Tolera as contradições
Resiste às mudanças	Evolutivo
Pouco sensível ao contexto imediato	Sensível ao contexto imediato
Funções: gera o significado da representação e determina sua organização	Funções: permite a adaptação à realidade concreta e a diferença de conteúdo

Fonte: ABRIC, 2000, p. 34.

Abric (2000, p. 35) se preocupou com uma questão que se refere às relações entre práticas sociais e representações, a partir do seguinte questionamento: "O que acontece quando os atores sociais são levados a desenvolver práticas sociais em contradição com seu sistema de representação?".

A resposta a esta questão foi introduzida por Flament (1994 apud ABRIC, 2000, p. 35) com a noção de reversibilidade da situação:

> Determinados atores engajados numa situação e aí o desenvolvendo certas práticas, podem considerar [...] que esta situação seja irreversível, quer dizer, que todo retorno às práticas faz-se impossível, Ou ao contrário, podem considerar que a situação seja reversível, quer dizer, que o retorno às práticas anteriores é percebido como possível, sendo a situação atual temporária e excepcional. Os processos de transformação que vão se desenvolver são de natureza radicalmente diferente caso a situação seja percebida como reversível ou não. Se percebida como reversível, as

> novas práticas contraditórias vão, logicamente, desencadear modificações na representação, exclusivamente, através de uma transformação do sistema periférico, o núcleo central da representação permanece estável e insensível às modificações. Trata-se de uma transformação real, mas superficial da representação. Nas situações percebidas como irreversíveis, as práticas novas e contraditórias vão, logicamente, ter consequências muito importantes no processo de transformação da representação. Sendo possível três tipos de transformação: a resistente; a progressiva e a brutal.

A partir do exposto Abric (2003), Flament (1994 apud ABRIC, 2003) e Moliner (2001 apud ABRIC, 2003) consideram que o jogo e a interação entre sistema central e periférico são elementos fundamentais na atualização, evolução e transformação das representações.

A abordagem estrutural das representações sociais é uma vertente importante considerada neste estudo, pois ela permite analisar os principais processos em funcionamento das representações sociais, sejam eles afeitos a sua organização, seu funcionamento, sua evolução ou sua inserção no pensamento e nas práticas sociais. Este conjunto organizado e estruturado permitirá acessar o conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes dos sujeitos estudados sobre a terapia Reiki.

5 **METODOLOGIA**

5.1 **Tipo do estudo**

Para o desenvolvimento deste estudo, optou-se por duas abordagens metodológicas. A primeira ligada ao estudo da estrutura da representação social com suas respectivas técnicas de análise e a segunda com a abordagem experimental para buscar entender as associações estabelecidas pela terapia Reiki e diferentes representações e crenças sobre a mesma terapia com o bem estar subjetivo.

A opção pela abordagem experimental foi respaldada nas seguintes propriedades: a) *manipulação*, pois somente o primeiro grupo de estudo, dito experimental, recebeu a terapia Reiki e/ou as informações sobre as crenças nos efeitos da terapia Reiki; b) *controle*, o que implicou na participação de um segundo grupo que não recebeu a terapia Reiki e/ou as informações sobre as crenças nos efeitos da terapia Reiki; c) *aleatoriedade*, a escolha dos sujeitos foi realizada seguindo esse princípio, caracterizado por Polit, Beck e Huncler (2004) como propriedade de randomização.

5.2 **Campo de estudo**

Esta pesquisa foi desenvolvida no Núcleo de Extensão da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), localizados no Rio de Janeiro. O Núcleo de Extensão que coordena o desenvolvimento de 32 projetos de extensão, dentre eles o Projeto “Saúde-se”, iniciado em 2001.

O Projeto Saúde-se teve seu início com a proposta de disponibilizar, aos docentes e discentes da Faculdade de Enfermagem, diferentes tipos de terapias não convencionais, como Reiki, Floralterapia, Sala Anti-estresse e Acupuntura, entre outras. Porém, o processo de comunicação e a interação pessoa a pessoa proporcionaram uma demanda de familiares, amigos, colegas e clientes de outras unidades da universidade, estimulando a ampliação do atendimento para a comunidade externa.

O atendimento é composto por consultas de terapias não convencionais - Reiki, Floralterapia e Acupuntura -, e desenvolvido em uma sala da FENF/UERJ, em três períodos semanais. A terapia Reiki é realizada em meio período por semana, atualmente são atendidos seis clientes por semana, porém de acordo com a percepção e/ou identificação das necessidades de alguns usuários e disponibilidade da sala, marca-se consulta extra. O atendimento de urgência também é realizado, de acordo com a disponibilidade do terapeuta.

A estrutura física de atendimento é compartilhada por todos os terapeutas e é composta de uma sala, onde são realizadas as consultas acompanhadas de terapias não convencionais. Sua estrutura compreende uma maca, uma mesa com duas cadeiras e um arquivo para guarda de alguns materiais utilizados pelos terapeutas.

5.3 **População e amostra do estudo**

A população foi composta pelos sujeitos atendidos no ambulatório do projeto Saúde-se, totalizando aproximadamente 500 usuários, com uma média de 20 atendimentos por mês.

Os sujeitos atendidos no ambulatório de terapia Reiki são constituídos pela comunidade externa e interna a FENF/UERJ; a faixa etária está entre 17 e 75 anos; 85% são do sexo feminino e 25% do sexo masculino; a escolaridade vai do ensino fundamental incompleto até o ensino superior completo, incluindo pós-graduação. As razões referidas de busca da terapia Reiki são os incômodos em nível físico e emocional e a forma de acesso é, especialmente, por sugestão de outros usuários que estão fazendo ou já fizeram a terapia.

A amostra definida foi não probabilística, de conveniência, composta por 60 sujeitos que nunca tinham realizado a terapia Reiki e procuraram o serviço pela primeira vez no período de 09/11/2012 a 19/04/2013, divididos em diferentes grupos, conforme desenho amostral constante do Quadro 3.

Quadro 3 - Quadro de divisão dos grupos amostrais - experimental e controle - e tipos de intervenção aplicada

Grupos Terapia / **Grupos Informação**	**-E2A- Receberá Reiki**	**-E2B - Não receberá Reiki**	**Total**
-E1A- Receberá informação do Reiki associado à espiritualidade	10	10	20
-E1B- Receberá informação do Reiki associado à terapia não convencional	10	10	20
-E1C- Não receberá informação sobre a ação do Reiki	10	10 (Grupo controle)	20
Total	30	30	60

Conforme Quadro 3, para o delineamento do desenho experimental foram adotados os seguintes critérios:

a) para o Experimento 1, os 60 sujeitos foram divididos em dois grupos. Os componentes do primeiro grupo (E2A=30) receberam a terapia Reiki e os componentes do segundo grupo (E2B= 30) não receberam a terapia Reiki. Para efeito da análise do bem estar subjetivo, o grupo controle foi composto por aqueles que não receberam a terapia Reiki (E2B=30);
b) para o Experimento 2, os sujeitos foram divididos em três novos grupos de 20 sujeitos cada (E1A, E1B e E1C) para efeito de manipulação da variável crença na ação do Reiki. Para efeito da análise dessa variável, o grupo controle foi composto por aqueles que não receberam qualquer informação sobre os mecanismos de ação da terapia Reiki (E1C=20);
c) o Experimento 3 é a resultante do cruzamento dos subgrupos acima definidos, tendo sido constituído de: receberam o Reiki associado a dois diferentes tipos de informação sobre essa terapia (10 sujeitos por grupo) e não receberam informação (10 sujeitos); não receberam o Reiki, também associado a dois diferentes tipos de informação sobre essa terapia (10 sujeitos por grupo) e não receberam informação (10 sujeitos);
d) o cruzamento das duas variáveis em análise permitiu avaliar o efeito cruzado de uma variável sobre a outra no bem estar subjetivo, ao considerar

como grupo controle o cruzamento de E1C com E2B, composto por 10 sujeitos.

5.4 **Variáveis independente e dependente do estudo experimental**

Segundo Polit, Beck e Huncler (2004), muitos estudos quantitativos visam determinar a relação de causalidade dos fenômenos, ou seja, como ele varia em diferentes situações. Nesses estudos, as autoras referem que a causa presumida é denominada variável independente e o efeito presumido denomina-se variável dependente. Neste sentido, numa das etapas deste estudo pretendeu-se identificar se a terapia Reiki e o tipo de crença associada ao Reiki modificariam o bem estar subjetivo dos sujeitos. Desta forma, as variáveis independentes escolhidas foram: presença ou ausência do Reiki e tipo de crença atribuída a esta terapia (com três modalidades, Reiki associado à espiritualidade, Reiki associado às terapias alternativas e sem informação) e a variável dependente foi o bem estar subjetivo.

5.5 **Procedimentos de pesquisa**

A pesquisa foi realizada em dois momentos: análise das representações sociais do Reiki e três estudos experimentais: efeito do Reiki sobre o bem estar subjetivo; efeito da informação sobre a ação o Reiki no bem estar subjetivo; e ação cruzada do Reiki e da informação no bem estar subjetivo.

Os estudos experimentais foram assim organizados. O estudo do efeito das crenças a respeito da ação do Reiki no bem estar subjetivo foi realizado a partir da constituição de três grupos: o primeiro que recebeu a informação de que o Reiki estava relacionado à espiritualidade, o segundo para o qual o Reiki estava relacionado às terapias alternativas ou não convencionais e o terceiro não recebeu informação. O estudo dos efeitos da realização do Reiki sobre o bem estar subjetivo foi realizado a partir de um grupo experimental daqueles que receberam o Reiki e um grupo controle dos sujeitos que não receberam.

A opção pela abordagem teórica das representações sociais, mais especificamente pela abordagem estrutural ou Teoria do Núcleo Central se fundamentou no pressuposto de existência de conteúdos cognitivos, constituídos em representações sociais e crenças, que orientam a percepção e a avaliação de diferentes práticas de saúde (SÁ, 1998). O seu estudo foi realizado em dois momentos: na análise da organização dos conteúdos da representação do Reiki e na análise das razões da busca dessa terapia, antes e depois da sua realização.

O estudo experimental foi realizado a partir dos seguintes procedimentos:

a) os componentes do grupo E2A receberam a terapia Reiki e os componentes do grupo E2B não receberam a terapia Reiki, sendo esta substituída pela indução de concentração sem a manipulação energética (Experimento 1 - manipulação da variável presença do Reiki);
b) os componentes do grupo E1A receberam a orientação de que o Reiki tem uma relação direta com a espiritualidade; o segundo grupo E1B foi informado de que o Reiki se baseia em princípios relativos às terapias não convencionais; e o terceiro E1C não receberam nenhuma informação sobre a terapia (Experimento 2 - manipulação da variável crença);
c) os clientes foram atendidos por dois terapeutas que utilizaram a mesma estratégia de terapia Reiki, em três consultas consecutivas, com intervalo de uma semana, perfazendo um total de 90 consultas para cada terapeuta;
d) as orientações dos clientes sobre a ação do Reiki (crenças) foram feitas a partir de *script* elaborado com conteúdo padronizado de informação que foi lido pelos terapeutas no início do atendimento (APÊNDICE D);
e) após a realização da última consulta todos os clientes que não receberam Reiki e que não receberam nenhuma informação sobre os princípios da terapia Reiki, foram devidamente orientados e tiveram a possibilidade de receber a terapia Reiki, de acordo com a sua opção.

Para participar da pesquisa os sujeitos foram divididos em dois grupos, que por ordem de chegada foram recebidos por um entrevistador colaborador em uma sala da Faculdade de Enfermagem da UERJ (o número da sala foi informado aos sujeitos no momento do agendamento da consulta). O agendamento da consulta foi realizado por contato direto do

interessado ou por telefone. Os entrevistadores colaboradores se revezavam em sextas feiras alternadas ou em alternância de horário entre manhã e tarde.

Os sujeitos responderam, na primeira entrevista, a quatro instrumentos de coleta de dados, respectivamente: Questionário de identificação; Questionário de evocações; Subescala 1 de bem estar subjetivo e Subescala 2 de bem estar subjetivo. A Subescala 1 de bem estar subjetivo com palavras que descreviam diferentes sentimentos e emoções, com objetivo de avaliar as dimensões afeto positivo e negativo. Esta subescala tem um escore que varia de 1 (nem um pouco) até 5 (extremamente). A Subescala 2 de bem estar subjetivo com frases para identificar a opinião que os sujeitos tinham sobre a sua própria vida, que apresentava um escore que variava de 1 (discordo plenamente) até 5 (concordo plenamente).

Os questionários foram identificados com o nome dos sujeitos e receberam um código para aplicação ou não do Reiki, de acordo com a ordem de chegada. Os terapeutas tinham a mesma relação de números e códigos que ficava com os entrevistadores, de modo que quando o cliente entrava o terapeuta sabia se o sujeito iria ou não iria fazer a terapia Reiki.

Na segunda consulta, o sujeito dirigia-se diretamente para a sala de Reiki, pois neste momento ele só foi recebido por um dos terapeutas que se revezavam, entre os horários da manhã e da tarde. Foram realizadas cinco consultas pela manhã e cinco à tarde, ou seja, 10 consultas por dia, com alguns sujeitos recebendo a terapia Reiki e outros apenas a indução de concentração, segundo o código da primeira consulta.

Na terceira consulta o sujeito dirigia-se para a sala de Reiki e, após o contato com o terapeuta, era orientado a se encaminhar para uma outra sala, para ser entrevistado pela mesma pessoa que fez a primeira entrevista. Neste momento os sujeitos responderam a quatro instrumentos de coleta de dados, com a seguinte sequência: Questionário de evocações livres; Subescala 1 de bem estar subjetivo e Subescala 2 de bem estar subjetivo.

Todos os sujeitos participaram por três semanas consecutivas dos atendimentos, porém só tiveram conhecimento de ter recebido ou não o Reiki na terceira consulta, ou seja, após terem respondido aos instrumentos de coleta de dados.

5.6 **Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada com os sujeitos respondendo a quatro instrumentos: a) Questionário de Caracterização dos Sujeitos; b) Escala de Bem estar Subjetivo; c) Questionário de Evocação Livre; d) Questionário para Apreensão da Representação Social do Reiki.

O primeiro instrumento aplicado foi o Questionário de Caracterização dos Sujeitos, respondido antes da realização da terapia, no primeiro atendimento. Deste questionário constaram as seguintes variáveis: idade, sexo, grau de escolaridade, profissão, renda pessoal, estado civil, estado marital, religião, crença em Deus ou em alguma outra força superior, relacionamento afetivo, situação de trabalho, doenças atuais, tratamentos atuais, realização de algum tipo de terapia não convencional, motivos da procura da terapia Reiki (APÊNDICE A).

O segundo instrumento foi a Escala de Bem estar Subjetivo (EBES) (ALBUQUERQUE; TRÓCOLI, 2004; GIACOMONI, 2004) adaptada e validada por Albuquerque e Tróccoli (2004) - (ANEXOS A e B). Esta escala é constituída por três itens da Escala de Bem Estar Subjetivo (SWBS) de Lawrence e Liang (1988), três itens da Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) de Diener et al. (1985) e 15 itens da Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (PANAS) de Watson, Clark e Tellegen (1988). Esta escala foi aplicada antes da realização da terapia, no primeiro atendimento, e depois da finalização, após o último atendimento.

O terceiro instrumento foi o Questionário de Evocação Livre que permitiu explorar os conteúdos e a estrutura da representação social do Reiki (ABRIC, 2003; OLIVEIRA et al., 2005; SÁ, 2002). A técnica de evocação livre aplicada implicou na produção pelo sujeito de cinco vocábulos que lhe viessem à mente, após estímulo da expressão indutora “Terapia Reiki”. Este questionário foi respondido em dois momentos, antes da primeira consulta e após a última consulta (APÊNDICE C).

O quarto instrumento foi o Questionário para Apreender a Representação Social do Reiki, considerando o efeito das crenças sobre a terapia Reiki estar associada à espiritualidade ou à terapia não convencional. O instrumento foi elaborado em forma de escala de Likert de cinco pontos, que variou entre (1) nem um pouco e (5) extremamente (APÊNDICE B). Sua aplicação ocorreu após vivencia da terapia, ao final da última consulta.

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados por duas pessoas treinadas para realização desta atividade e não pelos terapeutas envolvidos na aplicação da terapia Reiki.

5.7 **Análise de dados**

5.7.1 Análise do estudo experimental

A análise estatística foi realizada em separado por estudo experimental (1, 2 e 3) através da comparação dos seguintes grupos: os que receberam e o que não receberam a terapia Reiki (Experimento 1); os que receberam diferentes orientações sobre a terapia Reiki (Experimento 2); e o cruzamento dos subgrupos (Experimento 3).

Este estudo compreendeu a estatística descritiva e inferencial, buscando a identificação de diferenças com significância estatística entre os mesmos. A análise estatística foi construída a partir da variação dos escores de bem estar subjetivo em três dimensões: afeto positivo, afeto negativo e cognitiva.

Para comparar os diferentes escores em cada um dos experimentos foram utilizados o teste *t de Student* e a Análise de Variância (ANOVA). A identificadas das variações dos escores dos grupos que recebeu Reiki e não recebeu Reiki, o teste *t de Student* foi utilizado para comparação das médias entre os dois grupos ou amostras, independentes ou pareadas, assumindo-se a homogeneidade das variâncias (Experimento 1). A Análise de Variância (ANOVA) foi utilizada com o mesmo objetivo, porém no caso das médias de mais de dois grupos, ou seja, os que receberam diferentes orientações sobre a terapia Reiki (Experimento 2). No experimento 3 não foram realizados testes estatísticos.

Deste modo, objetivou-se a mensuração das mudanças das dimensões afeto positivo, afeto negativo e cognitiva dos sujeitos que receberam a terapia Reiki, comparados com o grupo que não recebeu a terapia; dos sujeitos que receberam diferentes informações sobre a terapia Reiki; e daqueles que realizaram ou não a terapia Reiki com os que receberam diferentes informação. Além disso, foram analisadas as variáveis de controle - pessoais e sociais, entre outras, que poderiam apresentar influência sobre o objeto de estudo. Todas as

análises, tanto o *t de Student* quanto a Análise de Variância, foram realizadas do software SPSS 19.

5.7.2 Análise das representações sociais

Conforme destacado anteriormente, o estudo das representações sociais (e das crenças) foi realizado em dois momentos: através da análise da organização dos conteúdos da representação do Reiki e da análise qualitativa e quantitativa das razões da busca dessa terapia, ambas realizadas antes e depois da aplicação do Reiki e da informação.

5.7.2.1 Análise da estrutura da representação social do Reiki

Este tipo de análise tem sido útil em estudos de estereótipos, crenças, percepções e atitudes que são elementos da estrutura e/ou organização das representações sociais. A análise das evocações livres possibilita a aproximação dos elementos de uma representação e a compreensão das distâncias estabelecidas entre as representações distribuídas sobre o plano gráfico (CAMARGO, 2000; OLIVEIRA, 1996; SÁ, 2002).

Para análise das evocações foram utilizadas medidas estatísticas, com o apoio do *software* EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations*), versão 2003, com a técnica de construção de quadro de quatro casas (quadrantes), criado por Pierre Vergès, a partir do estudo lexicográfico das palavras evocadas (VERGÈS, 2000).

Esse programa organizou as palavras evocadas por ordem de frequência e média de importância. Neste estudo utilizou-se a ordem espontânea das evocações, a partir do *software* EVOC 2003, possibilitando assim, estudar a distribuição dos termos produzidos (OLIVEIRA et al., 2005; VERGÈS, 2000). O material tratado pelo *software* fez o cruzamento entre a frequência e a ordem das palavras evocadas espontaneamente gerando um Quadro de Quatro Casas, que expressa o conteúdo organizado das representações sociais para um dado objeto de estudo (OLIVEIRA et al., 2005; SÁ, 2002).

O Quadro de Quatro Casas compõe-se de quatro quadrantes, no qual no alto e à esquerda estão situados os termos mais significativos para o sujeito e o possível núcleo central

da representação. As expressões localizadas no quadrante superior direito são os elementos da primeira periferia; as expressões que se localizam no quadrante inferior direito constituem-se em elementos mais periféricos da representação, designado de segunda periferia; e no inferior esquerdo os elementos de contraste (OLIVEIRA et al., 2005; SÁ, 2002).

Desta forma, o quadrante superior esquerdo reúne os elementos com frequência maior ou igual à frequência média definida e com menor ordem média de evocação, constituindo-se nos mais prováveis componentes do núcleo central da representação. O quadrante superior direito compõe-se dos elementos periféricos mais importantes em função das suas elevadas frequências. No quadrante inferior direito, localizam-se os elementos menos frequentes e menos importantes. No quadrante inferior esquerdo encontram-se os elementos que, apesar de apresentarem baixas frequências, são considerados muito importantes pelos sujeitos em função da ordem de evocação, caracterizando-se como uma zona de contraste, podendo revelar a existência de um subgrupo que possui uma representação distinta daquela observada no grupo social geral analisado (ABRIC, 2003; OLIVEIRA et al., 2005; SÁ, 2002).

Na realização desta análise seguiu-se os seguintes passos descritos por Oliveira et al. (2005). O primeiro foi digitar, em formato *word for Windows*, todas as evocações em sua forma original, considerando a ordem natural de evocação; após, foi feita uma correção ortográfica das palavras e/ou expressões evocadas. Em seguida foi realizada uma padronização das palavras e/ou expressões, de modo que houvesse uma homogeneização dos conteúdos. Finalmente, elaborou-se um dicionário de padronização das evocações objetivando-se preservar o conteúdo semântico expresso pelos sujeitos. Depois do preparo das evocações construiu-se o corpus, em formato *word*, incluindo-se as variáveis e os termos evocados, segundo a ordem natural de evocação.

Neste sentido, o arquivo foi transformado em formato Somente Texto para ser processado pelo *software* EVOC. Utilizaram-se os seguintes programas nesta análise: *lexique, trievoc, nettoie, ragmot, selevoc e complex.* Destes, destacam-se o *Rangmot*, que fornece um relatório com todas as palavras evocadas e os cálculos estatísticos gerados na análise e o *Selevoc*, que permite a criação dos arquivos correspondentes ao corpus de cada subgrupo analisado.

Para verificação do impacto da informação sobre a representação social do Reiki, foram comparados qualitativamente os quadrantes resultantes da análise das evocações livres antes e depois da realização do Reiki e da informação sobre a ação do Reiki.

5.7.2.2 Análise das razões da busca do Reiki

A análise das razões da busca do Reiki foi realizada utilizando a categorização de respostas abertas do questionário, através da técnica de análise de conteúdo, e da quantificação das categorias pareadas antes e depois da realização do Reiki e da informação sobre a ação do Reiki.

A técnica de análise de conteúdo tem diferentes conceitos, dependendo da vertente teórica e da intencionalidade do autor. Bardin (2011, p. 48) salienta que esta técnica é

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

A autora complementa que a análise de conteúdo tem como objetivo a manipulação de mensagens, tanto de conteúdo como de expressão de conteúdo "para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não a da mensagem" (BARDIN, 2011, p. 52).

Neste estudo foi utilizada a modalidade de análise temática de respostas abertas nas questões 18 do APÊNDICE A e 3 do APÊNDICE B que trataram dos motivos para a busca do Reiki.

Foram utilizadas as seguintes etapas na análise: pré-análise, correspondendo a fase preparatória para análise propriamente dita; exploração do material ou codificação, na qual os dados brutos foram transformados de forma sistemática e agregados em unidades, de modo a descrever as características próprias do conteúdo identificado no texto e tratamento dos resultados, onde as informações foram organizadas em frequências e apresentadas em tabelas (OLIVEIRA, 2008).

Para a análise quantitativa das respostas antes e depois, optou-se por manter as mesmas categorias explicativas dos motivos para a busca do Reiki. Na discussão dos resultados procurou-se compreender as mudanças ocorridas nas categorias explicativas em função das frequências de aparecimento das mesmas.

5.8 **Aspectos éticos**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e aprovado sob o protocolo nº 045/2012 (ANEXO C). A partir da aprovação no Comitê de Ética foi iniciada a coleta de dados com os sujeitos que se propuserem a participar do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O TCLE foi elaborado com uma linguagem acessível, constando título da pesquisa, objetivo geral, nomes do orientador e do pesquisador, garantia de anonimato e de divulgação dos dados da pesquisa somente em eventos e revistas científicas.

O instrumento explicitava que poderia receber ou não a terapia Reiki e que poderia se recusar a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer custo ou compensações financeiras. Os participantes assinaram o TCLE (APÊNDICE E), tendo sido entregue uma cópia com o entrevistado e outra com a pessoa que foi treinada pelo pesquisador para a coleta de dados, as cópias foram assinadas pelo participante e pelo pesquisador. Foram informados que constavam no instrumento todas as formas de contato com a Comissão de Ética e Pesquisa da UERJ, através de endereço, telefone e e-mail.

6 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo serão apresentados em quatro partes: na primeira, descreve-se o perfil dos sujeitos participantes; na segunda, realiza-se a descrição das categorias explicativas da busca do Reiki e da estrutura e conteúdos da representação social do Reiki; na terceira, são apresentados os resultados dos estudos experimentais. A discussão será apresentada após a descrição de cada conjunto de resultados.

6.1 **Perfil dos sujeitos participantes**

Esta pesquisa foi desenvolvida na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, local onde funciona desde setembro de 2001 o Projeto "Saúde-se", neste ambulatório são atendidos clientes da comunidade interna e externa à Faculdade de Enfermagem. A amostra deste estudo foi composta por 60 sujeitos virgens de tratamento, ou seja, ainda não tinham feito a terapia Reiki no projeto ou em outro local e a faixa etária variou entre 18 anos e 72 anos.

O perfil dos sujeitos participantes foi descrito de acordo com as frequências e seguindo os itens do questionário de identificação. Sendo apresentados em tabelas os dados de sexo; grau de escolaridade; ocupação; se está empregado; renda pessoal; estado civil; estado marital; relacionamento afetivo; se tem alguma doença; se já fez uso de algum tipo de terapia não convencional; se tem religião, acredita em Deus e é praticante da mesma e o tipo de religião de escolha.

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos estudados por sexo - Rio de Janeiro - 2013

Sexo	**f**	**%**
Feminino	53	88,33
Masculino	7	11,67
Total	60	100,00

Nota: (n= 60).

Na Tabela 1, em relação à distribuição dos sujeitos por sexo, 53 (88,33%) são do sexo feminino e 7 (11,67) são do sexo masculino.

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos estudados por escolaridade - Rio de Janeiro - 2013

Escolaridade	f	%
Superior completo	26	43,33
Superior incompleto	20	33,33
Médio	10	16,67
Fundamental	4	6,67
Total	60	100

Nota: (n= 60).

Na Tabela 2, o grau de escolaridade apresentou frequência de nível superior completo, 26 (43,33%); seguido de superior incompleto, 20 (33,33%); nível médio, 10 (16,67%) e fundamental, 4 (6,67%) do total da amostra.

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos estudados por ocupação - Rio de Janeiro - 2013

Profissão	f	%
Discente de ensino superior e médio	19	31,67
Enfermeiro	10	16,67
Atividades técnicas	8	13,33
Professor de ensino superior	7	11,67
Atividades manuais	5	8,33
Outros	11	18,33
Total	60	100

Nota: (n= 60).

Em relação à ocupação identificou-se discente de ensino superior e médio, 19 (31,67%); enfermeiro, 10 (16,67%); atividades técnicas, 8 (13,33%); professor de ensino superior, 7 (11,67%); atividades manuais, 5 (8,33%) e outros, 11 (18,33%) (Tabela 3).

Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos estudados por situação de trabalho e emprego - Rio de Janeiro - 2013

Está empregado	f	%
Sim	34	56,67
Não economicamente ativo	19	31,67
Desempregado	7	11,66
Total	60	100

Nota: (n= 60).

Considerando o vínculo empregatício dos sujeitos, responderam que estão empregados 34 (56,67%), desempregados, 7 (11,66%) e não economicamente ativo, 19 (31,67), este último grupo é composto por estudantes universitários e de pré-vestibular (Tabela 4).

Tabela 5 - Distribuição dos sujeitos estudados por renda pessoal - Rio de Janeiro - 2013

Renda	**f**	**%**
Menos de 1000 reais	25	41,67
Entre 1000 e 2000 reais	12	20,00
De 2000 a 4000 reais	10	16,67
Mais de 4000 reais	13	21,67
Total	60	100

Nota: (n= 60).

A renda pessoal dos participantes teve maioria com menos de 1000 reais, 25 (41,67%); seguido de entre 1000 e 2000 reais, 12 (20,00%); de 2000 a 4000 reais, 10 (16,67%) e por fim, renda de mais de 4000 reais 13 (21,67%) (Tabela 5).

Tabela 6 - Distribuição dos sujeitos estudados por estado civil - Rio de Janeiro - 2013

Estado Civil	**f**	**%**
Solteiro	37	61,67
Casado	16	26,67
Divorciado	5	8,33
Viúvo	2	3,33
Total	60	100

Nota: (n= 60).

O estado civil dos participantes foi representado com maior percentual de solteiro, 37 (61,67%); casado, 16 (26,67%); divorciado, 5 (8,33%) e finalmente, viúvo, 2 (3,33%).

Tabela 7 - Distribuição dos sujeitos estudados segundo estado marital - Rio de Janeiro - 2013

Estado Marital	**f**	**%**
Vive sozinho	41	68,33
Vive com companheiro	19	31,67
Total	60	100

Nota: (n= 60).

Em relação ao estado marital apresentou-se como maioria quem vive sozinho, 41 (68,33%) e quem vive com companheiro, 19 (31,67%) (Tabela 6).

Tabela 8 - Distribuição dos sujeitos estudados segundo relacionamento afetivo - Rio de Janeiro - 2013

Relacionamento Afetivo	f	%
Tem companheiro fixo	41	68,33
Não tem companheiro fixo	19	31,67
Total	60	100

Nota: (n= 60).

Na Tabela 8, quanto ao relacionamento afetivo os participantes informaram que tem companheiro fixo, 41 (68,67%) e os demais não tem companheiro fixo, 19 (31,67%).

Tabela 9 - Distribuição dos sujeitos estudados segundo doença - Rio de Janeiro - 2013

Tem Doença	F	%
Não	35	58,33
Sim	25	41,67
Total	60	100

Nota: (n= 60).

Considerando a informação se os participantes tinham alguma doença relataram não, 35 (58,33%) e sim, 25 (41,67%) (Tabela 9).

Tabela 10 - Distribuição dos sujeitos estudados segundo uso de terapia não convencional - Rio de Janeiro - 2013

Terapia Não Convencional	f	%
Sim	38	63,33
Não	22	36,67
Total	60	100,00

Nota: (n= 60).

Na Tabela 10, em relação ao uso de alguma terapia não convencional os participantes informaram que sim, 38 (63,33%) e que não tinham feito uso deste tipo de terapia, 22 (36,67%). Dentre essas terapias destacaram-se floral, 21 (39,62%); seguida de acupuntura, 14 (26,41%); auriculoterapia, 7 (13,20%); Homeopatia, 4 (7,55%); yoga, 2 (3,77) e as demais são: cromoterapia, massoterapia, pilates, reflexologia podal e shiatsu, 1 (1,89%).

Tabela 11 - Distribuição dos sujeitos estudados por religião - Rio de Janeiro - 2013

Tem Religião	f	%
Sim	53	88,33
Não	7	11,67
Total	60	100

Nota: (n= 60).

A maioria dos participantes respondeu que tem religião, 53 (88,33%) e que não tem religião, 7 (11,67%) (Tabela 11). Informaram também que praticam a religião de escolha, 41 (68,33%) e não praticam a religião, 19 (31,67%) e todos referiram que acreditam em Deus, 60 (100%).

Tabela 12 - Distribuição dos sujeitos estudados por tipo de religião - Rio de Janeiro - 2013

Religião	f	%
Católica	20	33,33
Evangélica	13	21,67
Espírita	8	13,33
Protestante	5	8,33
Kardecista	5	8,33
Messiânica	2	3,33
Não respondeu	7	11,67
Total	60	100

Nota: (n= 60).

Quanto ao tipo de religião as informações foram católica, 20 (33,33%); seguida de evangélica, 13 (21,67%); espírita, 8 (13,33%); protestante, 5 (8,33%); Kardecista, 5 (8,33%) e Messiânica, 2 (3,33%) e não respondeu, 7 (11,67%). Observa-se que o percentual de católicos (33,33%) é maior do que o de evangélicos (21,67%) (Tabela 12).

6.1.1 Discussão do perfil dos sujeitos

A análise dos participantes por sexo revela que a maioria é do sexo feminino, o que está em concordância com a PNAD (Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio), de 2011, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em setembro de 2012 (IBGE, 2013). Essa pesquisa caracteriza que os homens representam 48,5% da população e as

mulheres, 51,5% e que os homens são menos preocupados com a saúde do que as mulheres. Uma inferência possível dessa afirmação é a de que os homens tendem a procurar menos do que as mulheres os serviços de cuidado de saúde, inclusive as terapias não convencionais.

O grau de escolaridade foi representado por todos os níveis, com maior frequência de superior completo, seguido de superior incompleto; os níveis médio e fundamental representam apenas 23,34% da amostra. Este resultado está relacionado com o público alvo de atendimento do projeto que deriva de onde ele se desenvolve - uma instituição de ensino superior -, portanto e as pessoas que mais procuram atendimento fazem parte deste nível de escolaridade, pois atuam nesta instituição (Tabela 2, f. 105).

O perfil de ocupação apresentou uma frequência mais expressiva no grupo de discentes e professores, pois são os sujeitos que pertencem à instituição onde o projeto se desenvolve. Os demais sujeitos acessam o atendimento por um processo de comunicação em rede, través dos sujeitos que já receberam a terapia e sua provável aprovação (Tabela 3, f. 105).

Em relação ao emprego os resultados apresentam discreta diferença dos divulgados pelo IBGE, pois segundo pesquisa de emprego divulgada, em setembro de 2013, das 10.600 pessoas em idade ativa, 52,4% das pessoas encontravam-se empregadas, enquanto que 2,4% estavam desempregadas e 45,1% não economicamente ativas (IBGE, 2013). As características dos sujeitos que participaram do estudo, provavelmente são porque eles atuam em atividades técnicas e também como enfermeiros e professores de nível superior na instituição onde o projeto se desenvolve, ou ainda representa um viés pelo quantitativo da amostra do estudo (Tabela 4, f. 105).

A renda pessoal apresentou resultado característico, pois a maior parte da amostra é constituída de estudante que tem como principal fonte de renda a atividade como bolsista nos projetos da instituição de ensino e pessoas que trabalham em atividades técnicas e manuais.

Os dados do IBGE do censo realizado em 2010 (IBGE, 2011), referentes à renda pessoal, apresentaram os seguintes percentuais em salários mínimos de rendimento nominal mensal: de 1/2 a 1, 27%; de 1 a 2, 27,4%; de 2 a 3, 9,9%; de 3 a 5, 7,6% e mais de 5, 8,3%. Neste sentido, identifica-se que a amostra deste estudo apresenta todos os percentuais acima dos divulgados pelo IBGE (Tabela 5, f. 106).

O resultado em relação ao estado civil confirma a tendência dos dados do censo de 2010 divulgados pelo IBGE (2011), com percentual um pouco abaixo do identificado no estudo em relação a solteiro (48,1%) e divorciado (5,9%), porém quanto a casado (39,9) e

viúvo (6,1%) apresentam-se acima do resultado do estudo. Se considerados os que se declararam divorciados, separados ou viúvos, o índice de pessoas fora de um relacionamento formal chega a 60,1% por fonte do IBGE (2011), porém neste estudo o índice ultrapassa este valor, chegando a 73,33% (Tabela 6, f. 106).

Os dados divulgados pela Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) de 2011 do IBGE (IBGE, 2011), referem que no Brasil, o número de pessoas que se declaram solteiros supera o de casados. Este dado indica, principalmente, um enfraquecimento da formalização de relacionamentos conjugais. Nesta pesquisa foi identificado que 42,9% da amostra não tem vida conjugal, ou seja, vivem sozinhos (Tabela 7, f. 106).

O IBGE divulgou em 2011, em relação ao estado civil declarado e a existência ou não de união estável, os seguintes dados: 57,1% vivem em união; 37,2% estão em um casamento civil e/ou religioso e 19,8% apenas em união consensual. No grupo de união consensual, 76,9% se declararam solteiros, apesar de viverem com um parceiro. Comparando os níveis dos que tem companheiro fixo divulgado pelo IBGE em 2011 (76,9%) identifica-se que estes são maiores do que os resultados encontrados neste estudo (68,33%) (IBGE, 2011), porém cabe lembrar que a amostra deste estudo é menor do que a utilizada pelo IBGE (Tabela 8, f. 107).

Em relação às doenças observadas pelos sujeitos, estas se constituem num problema de saúde no Brasil, principalmente, as crônicas não transmissíveis que correspondem a 72% das causas de mortes. Estas doenças afetam todas as camadas da população e também grupos vulneráveis (BRASIL, 2011).

Quanto aos hábitos de vida, os níveis de atividade física na população adulta são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana. 34% dos brasileiros consomem alimentos com elevado teor de gordura e 28% consomem refrigerantes, cinco ou mais dias por semana, o que contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade, que atingem 48% e 14% dos adultos, respectivamente. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem a principal causa de morbimortalidade no Brasil (BRASIL, 2011).

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), nas últimas décadas as doenças crônicas não transmissíveis tornaram-se as principais causas de óbito e incapacidade prematura. O resultado do estudo apresentou percentual inferior aos divulgados pelo Ministério da Saúde, porém considerando a amostra avaliada em relação ao quantitativo, estas frequências são elevadas (Tabela 9, f. 107).

No que se refere busca por terapias não convencionais, observa-se neste estudo a tendência apontada por vários autores de crescente interesse e acesso as mesmas. Ou seja, as pessoas estão em busca por terapias não convencionais que supram suas necessidades de saúde, o que levou ao incremento de políticas que inseriram estas terapias como mais uma prática de assistência institucionalizada no sistema único de saúde.

Com a crescente popularidade destas terapias, existe a necessidade de estudos que ajudem a compreender sua relação com a prática de enfermagem, pois o número de profissionais na área de saúde vem aumentando no Brasil e na América Latina, sendo importante a ampliação de conhecimentos da eficácia destas terapias para os profissionais da área de saúde (Tabela 10, f. 107).

A religião é considerada como "crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, proporcionando ao homem uma natureza espiritual que persiste depois da morte" (PANZINI et al., 2007, p. 106). A religião "é vivida num contexto social e individual, ocupando um lugar no espaço e no tempo, proporcionando uma experiência *sui generis*, que precisa ser estudado a partir de seus sistemas internos de referência" (RIES, 2008, p. 17).

O resultado deste estudo caracteriza que a religião continua sendo valorizada pelos participantes deste estudo, pois todos os sujeitos responderam acreditar em Deus, a maioria tem religião (88,33%) e são praticantes da religião de escolha (68,33%) (Tabela 11, f. 108). Esses resultados confirmam o que vem sendo divulgado pelo IBGE, o Brasil ainda é a maior nação católica do mundo, mas, na última década, a Igreja Católica teve uma redução da ordem de 1,7 milhão de fiéis, um encolhimento de 12,2%, de acordo com dados do Censo 2010 (IBGE, 2011). Em 1970 havia 91,8% de brasileiros católicos, em 2010 esse percentual passou para 64,6%. Os evangélicos são aqueles que mais vem aumentando, passaram de 5,2% da população para 22,2% em quarenta anos (IBGE, 2011), no estudo este percentual ficou bem próximo (21,67%).

Os dados do perfil dos sujeitos apresentados fazem parte das variáveis socioeconômicas que constituem a base social sobre a qual se assentam as representções do Reiki e também contribuiram para as análises dos estudos experimentais.

O perfil apresentado representa a lente a partir da qual o grupo realiza a interpretação do mundo, onde os grupos sociais e os indivíduos produzem e comunicam as representações e soluções que influenciam seu comportamento, a fim de favorecer a identificação e resolução dos desafios do dia a dia. As representações são dinâmicas e a partir delas é possível

identificar valores, ideologias e contradições, que são fundamentais para compreensão do comportamento social.

6.2 **Representação social do Reiki**

A apresentaçao dos resultados das análises das representações sociais do Reiki será realizada, inicialmente, com as categorias explicativas do Reiki, e em seguida com a análise estrtural das representações.

6.2.1 Categorias explicativas da busca pelo Reiki

Para a exploração das representações sociais do Reiki procurou-se compreender, primeiramente, as categorias explicativas da busca pelo Reiki, antes e depois da aplicação da terapia. Essas categorias foram as seguintes: equilíbrio da saúde mental e da saúde física, curiosidade, indicação de pessoas, contribuir com a pesquisa e crença na terapia não convencional (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição dos sujeitos estudados segundo categorias explicativas da busca do Reiki - Rio de Janeiro - 2013

Categorias	**Antes**		**Depois**	
	f	**%**	**f**	%
Equilíbrio da saúde mental	**28**	**35,44**	**39**	**50,65**
Curiosidade	15	18,99	6	7,80
Equilíbrio da saúde física	**13**	**16,46**	**21**	**27,27**
Indicação de pessoas	10	12,66	3	3,90
Contribuir com a pesquisa	8	10,13	4	5,19
Crença na terapia não convencional	5	6,32	4	5,19
Total (*)	79	100	77	100

Nota: (*) Corresponde ao número de respostas e não ao número de sujeitos que participaram do estudo.

Na Tabela 13, identifica-se que ocorreu aumento nas frequências, antes e depois da terapia Reiki, das categorias equilíbrio da saúde mental, de 28 (35,44%) para 39 (50,65%) e da saúde física, de 13 (16,46%) para 21 (27,27%), enquanto em todas as demais categorias

houve redução das frequências, especialmente naquela relativa à curiosidade que apresentou diminuição de 15 (18,99%) para 6 (7,8).

Para análise de um segundo conteúdo representacional buscou-se explorar categorias explicativas da terapia Reiki segundo o seu modo principal de ação, depois da realização do estudo experimental (Reiki e informação).

Tabela 14 - Distribuição dos sujeitos estudados segundo categorias explicativas da terapia Reiki - Rio de Janeiro - 2013

Categoria Explicativa	Sim		Um pouco		Não		Total
	f	%	f	%	f	%	
Reiki associado à espiritualidade	48	80	7	11,67	5	8,33	60
Reiki associado à terapia não convencional	51	85	9	15	0	0	60

Na Tabela 14, ressalta-se que o Reiki foi associado à terapia não convencional por 51 (85%) dos sujeitos e à espiritualidade por 48 (80%), representando a quase totalidade dos entrevistados nas duas categorias, já que elas não eram mutuamente exclusivas. Observa-se, portanto, o predomínio de uma dupla explicação, tanto através da espiritualidade quanto da cientificidade da terapia Reiki. Esses dados são divergentes dos resultados observados no estudo experimental, que será apresentado a seguir.

A constatação do predomínio de uma dupla explicação para as ações do Reiki, tanto através da espiritualidade quanto da cientificidade da terapia, reafirma uma não discriminação dos modos de ação do Reiki, apontando, mais uma vez, para uma representação não completamente constituída.

6.2.2 Estrutura e conteúdos da representação social do Reiki

Os resultados da construção do quadro de quatro casas serão apresentados para o conjunto das evocações produzidas antes e depois da realização do estudo experimental, denominada de grupo geral, seguida dos grupos particularizados antes e depois da realização do estudo experimental (Reiki e informação).

Para o grupo geral foram evocadas 597 palavras, sendo que destas 157 eram diferentes. A frequência mínima foi 9, sendo excluídas da composição do quadro de quatro casas os termos com frequência menor. A média das ordens médias de evocações (rang) foi igual a 3,0 e a frequência média de evocação igual a 27.

A análise combinada desses dados configurou o quadro de quatro casas apresentado na Quadro 4.

Quadro 4 - Quadro de quatro casas do conjunto dos sujeitos usuários de terapia Reiki estudados - Rio de Janeiro - 2013

NÚCLEO CENTRAL			**1ª PERIFERIA**		
Frequência > = 27 / Rang < = 3	FREQ	RANG	Frequência > = 27 / Rang > 3	FREQ	RANG
ENERGIA	41	2,122	*EQUILÍBRIO*	29	3,103
RELAXAMENTO	40	2,150	PAZ	39	3,282
TRANQUILIDADE	68	2,544			
ZONA DE CONTRASTE			**2ª PERIFERIA**		
Frequência < = 27 / Rang < = 3			Frequência < = 27 / Rang > 3		
ESPIRITUALIDADE	16	2,813	*BEM ESTAR*	23	3,087
HARMONIA	13	2,538	**CONCENTRAÇÃO**	9	3,333
SAÚDE	18	2,944	**TERAPIA**	18	3,167
			TERAPIA NÃO CONVENCIONAL	12	3,333

Nota: RANG: 3.0 - FREQUÊNCIA MÍNIMNA: 9 - FREQUÊNCIA MÉDIA: 27

No Quadro 4, evidencia-se a distribuição das palavras a seguir: no quadrante superior esquerdo *energia, relaxamento e tranquilidade***,** sendo estes os possíveis elementos do núcleo central da representação. No quadrante superior direito, encontram-se os elementos da 1ª periferia, onde estão as palavras *equilíbrio e paz;* e as palavras *bem estar*, *concentração, terapia e terapia não convencional* localizam-se no quadrante inferior direito, caracterizando a 2ª periferia. Já no quadrante inferior esquerdo apareceram as palavras *espiritualidade, harmonia, saúde,* onde se localiza a zona de contraste.

Identifica-se que o núcleo central da terapia Reiki é fortemente marcado por elementos positivos e que proporcionam *energia, relaxamento e tranquilidade* aos sujeitos que se submetem a ela. A palavra *energia*, que foi a mais prontamente evocada, evidencia uma dimensão imagética e expressa a definição do modo de ação principal da terapia Reiki, que é uma canalização energética através da imposição de mãos do terapeuta para o usuário. Os resultados ou efeitos do Reiki também participam do núcleo central, através do

posicionamento dos usuários de que esta terapia é capaz de proporcionar-lhes *relaxamento* e *tranquilidade,* sendo a última a palavra com maior frequência.

Considerando que as funções do núcleo central são geradora e organizadora, sendo os elementos do núcleo unificadores e estabilizadores da representação, observa-se no resultado deste estudo que os demais sentidos estão organizados ao redor do processo de energização na busca dos efeitos de relaxamento físico e tranquilização psicoespiritual.

O quadrante superior direito apresenta as palavras da 1ª periferia, *equilíbrio e paz*, que são elementos positivos e que expressam o que a terapia é capaz de proporcionar para os que a utilizam, principalmente porque, atualmente, o cotidiano de vida dos indivíduos é uma fonte de violência e desequilíbrio.

No quadrante inferior direito, com a 2ª periferia, aparecem expressões também positivas, *bem estar, concentração, terapia e terapia não convencional,* expressando os efeitos, mas também definições do Reiki definindo-o como terapia na modalidade não convencional.

Os elementos periféricos de uma representação social estabelecem a interface com o núcleo central e a realidade concreta onde são elaboradas e funcionam as representações (ABRIC, 2003). Evidencia-se que o resultado que se apresenta é compatível com esta afirmativa, considerando que os elementos do núcleo central expressam termos que amenizam o estresse do dia a dia. Isto está contextualizado numa das funções do sistema periférico apresentado por Abric (2001), que é a função de concretização, fazendo referência ao presente e ao cotidiano dos sujeitos.

Na zona de contraste os aspectos da terapia Reiki referidos são também positivos, *espiritualidade, harmonia e saúde,* sendo palavras que, por um lado, reforçam o núcleo central na referência aos resultados ou efeitos do Reiki; e por outro, acrescenta um elemento conceitual novo (*espiritualidade*) apontando para a existência de um subgrupo que associa o Reiki a um plano metafísico, diferenciando-se do núcleo central que atribui ao Reiki à ação energética.

As evocações produzidas antes e depois da realização do estudo experimental podem ser observadas nos Quadros 5 e 6, visando a sua comparação.

Quadro 5 - Quadro de quatro casas das evocações produzidas antes da aplicação do Reiki e da informação - Rio de Janeiro - 2013

NÚCLEO CENTRAL			**1ª PERIFERIA**		
Frequência > = 14 / Rang < = 3	FREQ	RANG	Frequência > = 14 / Rang > 3	FREQ	RANG
ENERGIA	19	2,158	*BEM ESTAR*	15	3,133
RELAXAMENTO	15	2,067			
TRANQUILIDADE	26	2,231			
ZONA DE CONTRASTE			**2ª PERIFERIA**		
Frequência < = 14 / Rang < = 3			Frequência < = 14 / Rang > 3		
SAÚDE	11	2,909	*EQUILÍBRIO*	13	3,385
TERAPIA	11	3,000	**ESPIRITUALIDADE**	18	3,750
			PAZ	13	3,308
			TERAPIA NÃO CONVENCIONAL	12	3,333

Nota: RANG: 3,0 - FREQUÊNCIA MÍNIMNA: 8 - FREQUÊNCIA MÉDIA: 14

Quadro 6 - Quadro de quatro casas das evocações produzidas depois da aplicação do Reiki e da informação - Rio de Janeiro - 2013

NÚCLEO CENTRAL			**1ª PERIFERIA**		
Frequência > = 19 / Rang < = 3	FREQ	RANG	Frequência > = 19 / Rang > 3	FREQ	RANG
ENERGIA	22	2,158	PAZ	15	3,133
RELAXAMENTO	25	2,067			
TRANQUILIDADE	42	2,231			
ZONA DE CONTRASTE			**2ª PERIFERIA**		
Frequência < = 19 / Rang < = 3			Frequência < = 19 / Rang > 3		
BEM ESTAR	*8*	*3,000*			
EQUILÍBRIO	16	2,875			
ESPIRITUALIDADE	8	1,875			
HARMONIA	8	2,375			

Nota: RANG: 3,0 - FREQUÊNCIA MÍNIMNA: 8 - FREQUÊNCIA MÉDIA: 19.

Observa-se que no grupo das evocações produzidas antes da aplicação do Reiki e da informação (Quadro 5) foram evocadas 297 palavras e destas 115 foram diferentes; a frequência mínima foi 8, a frequência média foi 14, 3,0 a média das ordens médias de evocações (rang). No quadrante superior esquerdo estão presentes as palavras *energia, relaxamento e tranquilidade*, que apresentaram maior frequência e foram mais prontamente evocadas. No quadrante superior direito, na primeira periferia, encontra-se somente a palavra *bem estar* e no quadrante inferior direito, na segunda periferia, estão presentes as palavras

equilíbrio, espiritualidade, paz e terapia não convencional. No quadrante inferior esquerdo onde se localiza a zona de contraste aparecem as palavras *saúde e terapia.*

No grupo das evocações produzidas depois da aplicação do Reiki e da informação (Quadro 6), foram evocadas 300 palavras, sendo 90 diferentes. A frequência mínima foi 8, a frequência média foi de 19, e manteve-se em 3,0 a média das ordens médias de evocações (rang). No quadrante superior esquerdo as palavras *energia, relaxamento e tranquilidade,* se repetiram como nos grupos anteriores, apresentando maior frequência e foram mais prontamente evocadas. No quadrante superior direito, primeira periferia, somente apareceu a palavra *paz;* no quadrante inferior direito, segunda periferia, nenhum termo está presente. Já no quadrante inferior esquerdo onde se localiza a zona de contraste, apareceram as palavras *bem estar, equilíbrio, espiritualidade e harmonia*.

Comparando os dois quadros antes e depois da realização e da informação do Reiki, observa-se que houve mudanças nas periferias, porém manteve-se o núcleo central. No núcleo central se mantiveram as palavras *energia*, *relaxamento* e *tranquilidade*, parecendo reforçar a característica geral de positividade presente nos dois quadros de quatro casas, ou seja, não houve mudança da representação.

Os termos *equilíbrio*/*espiritualidade* e *bem estar* migraram, respectivamente, da segunda e da primeira periferia (Quadro 5) para a zona de contraste (Quadro 6); a palavra *paz* migrou da 2ª para a 1ª Periferia; e *terapia não convencional* deixou de aparecer no quadrante após a terapia Reiki.

Apesar dos deslocamentos apontados na estrutura representacional nas situações antes e depois, não se observa mudança da representação, uma vez que o núcleo central não sofreu qualquer alteração. No entanto, pode-se apontar que no grupo antes da realização do Reiki os elementos periféricos revelam algumas dimensões mais objetivas funcionais que associam a terapia ao *bem estar, ao equilíbrio e a terapia não convencional,* mas acompanhados da dimensão religiosa na explicação do fenômeno.

No grupo após a realização do Reiki esse posicionamento dos elementos se inverte entre a periferia os elementos de contraste, fazendo com que a dimensão religiosa perca força na estrutura representacional.

Reforçando essa observação, na comparação dos elementos comuns aos dois grupos analisados, observou-se significância estatística no teste t de Student em relação ao termo *tranquilidade* (1.34), que se associou à análise após a realização do Reiki e da informação,

portanto com diferença estatisticamente significante entre as duas situações, prevalecendo na situação após realização do Reiki e da informação.

Esses achados permitem inferir que a realização do Reiki e da informação mobilizaram diferentemente elementos representacionais previamente existentes, sobretudo circunscrevendo a explicação pautada na espiritualidade a um subgrupo, quantitativamente menos expressivo.

6.2.3 Discussão da representação social do Reiki

Nos dados referentes às categorias explicativas da busca pelo Reiki, antes e depois da sua aplicação, observa-se que elas apresentaram aumento das frequências depois do estudo experimental (Reiki e informação). Pode-se inferir que o desconhecimento da terapia observado antes da sua realização, determinou dificuldades para perceber a contribuição desta para o bem estar pessoal, tendo maior clareza desta contribuição depois de a terem vivenciado. Nesse momento de desconhecimento dos efeitos da terapia a categoria curiosidade se justifica, uma vez que, segundo Ferreira (2007), ela é o desejo do ser humano ver, saber, informar-se ou conhecer algo até então desconhecido. A curiosidade representa, também, o motor do conhecimento, ou o que Moscovici (2012) refere sobre as representações sociais, que são como uma forma de dar identidade social ao desconhecido.

Nas representações sociais, os processos de ancoragem e objetivação também estão implicados nesses resultados. Pode-se levantar a hipótese de que parte dos sujeitos não tinha uma representação formada sobre a terapia Reiki, e, portanto não havia ancoragem antes dos sujeitos receberem a terapia. Esse processo pode ter ocorido a partir do conhecimento da terapia, ou seja, os sujeitos tiveram a possibilidade de unirem a ideia de não familiaridade com algo já conhecido.

Observa-se que categorias inespecíficas como *Curiosidade*, *Indicação de pessoas e Contribuir com a pesquisa* foram substituídas por elementos mais claros sobre as razões da busca da terapia, associando-as a efeitos esperados e possíveis do Reiki, como equilíbrio da saúde mental e da saúde física. Uma segunda hipótese para esses resultados é a de que o processo experimental mobilizou conteúdos representacionais pré-existentes, mas até então inativos relativos ao equilíbrio da saúde física e mental, a partir das informações recebidas.

Richeson et al. (2010), em um estudo experimental de avaliação do efeito do Reiki, encontraram como resultado as seguintes categorias: relaxamento, melhoria de sintomas físicos, humor e bem estar, curiosidade e desejo de aprender mais, maior autocuidado e resposta cognitiva e sensorial ao Reiki.

Estas categorias tem semelhança com o resultado identificado neste estudo, relacionando-se com o referido por Stein (2005), que o sujeito que recebe o Reiki tem a possibilidade de se apropriar de uma energia de alta vibração e, com isto, pode reestruturar os seus padrões energéticos resultando em equilíbrio físico, emocional, mental e espiritual.

Portanto, identifica-se que com a terapia Reiki os sujeitos puderam se tornar mais conscientes dos resultados que podem esperar da mesma, focando na sua saúde física e mental, além de terem uma melhor percepção de si enquanto seres humanos, de modo a perceber caminhos capazes de contribuir com o seu equilíbrio energético e de saúde física e mental.

Os resultados da análise da estrutura da representação analisada são marcados pela positividade, com o predomínio da dimensão energética, relacionada ao modo de ação do Reiki, conforme referido por Stein (2005), como um método de reposição de energia que contribui para manutenção do equilíbrio dos seres vivos. A dimensão funcional também está presente estruturando a representação do Reiki, considerando que a aplicação do Reiki realiza desbloqueios energéticos, proporcionando assim, serenidade e bem estar (HALL, 2001). Mesmo com a exposição dos sujeitos a novas informações e ao processo reikiano esse núcleo central não se alterou, mostrando consistência da representação e resistência a mudança.

Outros termos de positividade apareceram nas zonas periféricas e de contraste na análise comum das duas situações (Quadro 4), apontando para três dimensões principais: modos de ação da terapia, funções ou efeitos holísticos na saúde e funções ou efeitos gerais na vida. No entanto, a oposição que merece destaque se refere a concepção do Reiki como ação terapêutica e como espiritualidade. As demais se complementam objetivando a funcionalidade do Reiki tanto para a saúde física, como para a harmonia geral da vida e da pessoa.

No entanto, merece destaque no conjunto dessa análise a participação da noção de *equilíbrio,* tanto pela mudança que apresenta enquanto categoria nas situações antes e depois da situação experimental, quanto ao lugar ocupado pela palavra na estrutura representacional. Essa noção carrega o significado de equilíbrio físico, mental e social, característico das concepções holísticas de homem e de saúde.

A partir destes elementos identifica-se que esta terapia tem relação direta com a afirmativa de De' Carli (1999, 2006), segundo a qual o Reiki... é holístico, pois proporciona harmonia em nível físico, emocional, mental e espiritual. Pode-se também, aproxima-lo do pensamento de Rogers (1970 apud SÁ, 2002) que afirma que o ser humano com seu campo energético interage com as infinitas dimensões do universo, e esta troca de energia pode promover constantes mudanças e um processo contínuo de criação.

6.3 **Resultados dos estudos experimentais**

Foram realizados três estudos experimentais com objetivo de: a) verificar as mudanças nos estados de bem estar subjetivo dos sujeitos que receberam e não receberam a terapia Reiki; b) verificar as mudanças nos estados de bem estar subjetivo em relação às informações de que a ação do Reiki está associada à espiritualidade, à terapia não convencional ou à ausência de informação; c) analisar os efeitos da aplicação do Reiki associado à informação sobre as crenças.

Os resultados serão apresentados caracterizando cada um dos objetivos como estudos experimentais separados, respectivamente Experimento 1, 2 e 3. Em todos os experimentos os resultados serão apresentados nas situações anterior e posterior a situação experimental e dentro de cada uma delas, entre sujeitos expostos (receberão/receberam) e aqueles que não expostos à situação experimental (não receberão/não receberam).

6.3.1 Experimento I: efeito da aplicação da terapia reiki no bem estar subjetivo

O primeiro experimento utilizou a aplicação da terapia Reiki como manipulação experimental, buscando verificar as mudanças nos estados de Bem estar Subjetivo na presença e ausência do Reiki. Para essa verificação as médias dos escores das três dimensões do bem estar subjetivo, consideradas neste estudo - afeto positivo, afeto negativo e dimensão cognitiva - foram calculadas e verificadas as significância estatística.

Apresentam-se na Tabela 15 os resultados das médias dos escores das dimensões de bem estar subjetivo, antes da manipulação experimental de todos os participantes do estudo.

Tabela 15 - Médias dos escores das dimensões de bem estar subjetivo antes da manipulação experimental de todos os participantes do estudo - Rio de Janeiro - 2013

Dimensões	Media Escore
Afeto Negativo	2,78
Afeto Positivo	**3,30**
Cognitiva	3,06

Observa-se na Tabela 15 que a dimensão afeto positivo apresentou o maior escore (3,30), predominando sobre as dimensões afeto negativo (2,78) e cognitiva (3,06), antes da aplicação da terapia Reiki. Os sujeitos, portanto, já apresentavam predomínio dessa dimensão independente da utilização do Reiki.

Buscando elementos comparativos com a situação após a manipulação experimental (aplicação da terapia Reiki) apresenta-se a Tabela 16, que mostra as médias dos escores das dimensões de Bem Estar Subjetivo antes da manipulação experimental, entre os grupos de sujeitos que receberão e que não receberão a terapia Reiki.

Tabela 16 - Médias de escore das dimensões de bem estar subjetivo, antes da manipulação experimental dos participantes que receberão e não receberão a terapia Reiki - Rio de Janeiro - 2013

Terapia / Dimensões	Receberão Reiki	Não Receberão Reiki	p
Afeto Negativo	2,76	**2,81**	NS
Afeto Positivo	**3,40**	3,21	NS
Cognitiva	3,05	**3,07**	NS

Conforme Tabela 16, na dimensão afeto negativo os participantes que receberão a terapia Reiki tiveram uma média de escore de 2,76 e entre os que não receberão a terapia a média foi de 2,81, com média geral dessa dimensão de 2,78. Observa-se, portanto, menor escore no grupo que receberá a terapia.

Por sua vez, na dimensão afeto positivo, entre os participantes que receberão a terapia a média do escore foi de 3,40, enquanto que para os que não receberão esta média foi de 3,21, com média geral de 3,30, observando-se maior escore no grupo que receberá a terapia, diferentemente do afeto negativo.

Finalmente, na dimensão cognitiva, a média do escore foi de 3,05 para os sujeitos que receberão a terapia, e para os que não receberão o Reiki foi de 3,07, apresentando pequena diferença entre as duas situações.

As médias dos escores das três dimensões (afeto positivo, afeto negativo e cognitiva) não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, apesar das variações evidentes dos valores nos grupos que receberão e que não receberão a manipulação experimental, especialmente nas dimensões afeto positivo e negativo.

Destaca-se que esse resultado refere-se à situação antes da manipulação experimental (aplicação do Reiki), que servirá como balizador da situação após manipulação experimental.

Conforme exposto, as mesmas medidas foram realizadas após a manipulação experimental (aplicação da terapia Reiki), e os resultados são apresentados a seguir.

Apresenta-se na Tabela 17 os resultados das médias dos escores para as três dimensões do bem estar subjetivo - afeto positivo, afeto negativo e dimensão cognitiva – na presença e ausência do Reiki, após manipulação experimental.

Tabela 17 - Médias de escores das dimensões de bem estar subjetivo depois da manipulação experimental dos participantes que receberam e não receberam a terapia Reiki - Rio de Janeiro – 2013

Terapia / **Dimensões**	**Receberam Reiki**	**Não Receberam Reiki**	**p**
Afeto Negativo	1,95	**1,98**	NS
Afeto Positivo	**3,71**	3,33	**.01**
Cognitiva	3,02	**3,08**	NS

Na Tabela 17, observa-se que na dimensão afeto negativo, os participantes que receberam o Reiki tiveram um escore de 1,95 e os que não receberam 1,98. Na dimensão cognitiva os participantes que receberam Reiki tiveram uma média de escore de 3,02 e os que não receberam de 3,08. As médias dos escores destas duas dimensões não apresentaram diferenças estatisticamente significativas nos grupos com e sem Reiki.

A média do escore para a dimensão afeto positivo foi de 3,71 para os sujeitos que receberam a terapia Reiki e para os que não receberam foi de 3,33. As duas médias apresentaram diferença estatisticamente significativa no teste t (58) = 2,57 ao p .01. A partir desse resultado é possível afirmar que ocorreu uma potencialização do afeto positivo entre os sujeitos que receberam Reiki.

Comparando os escores de todos os grupos, antes e depois da aplicação do Reiki (Tabelas 16 e 17), deve-se destacar que em todos os casos houve diferenças nas médias entre os grupos que receberam e não receberam Reiki, mesmo que essas diferenças não tenham apresentado significância estatística. No entanto, o fato dessas diferenças terem sido observadas antes da aplicação do Reiki (Tabela 16 - na primeira coleta de dados), relativiza a constatação do impacto da terapia no afeto positivo, observada na segunda coleta de dados (Tabela 17).

6.3.2 Experimento II: efeito das crenças sobre o bem estar subjetivo

O segundo experimento utilizou a informação sobre o princípio explicativo do Reiki - Espiritualidade, Terapia Não Convencional ou Sem Informação - como manipulação experimental, buscando verificar as mudanças nos estados de bem estar subjetivo em três situações: informação de que a ação do Reiki está baseada na espiritualidade, informação de que o Reiki é uma terapia não convencional e ausência de qualquer informação.

Para essa verificação, as médias dos escores das três dimensões do bem estar subjetivo foram calculadas e verificadas as significâncias estatísticas.

Tabela 18 - Médias dos escores das dimensões de bem estar subjetivo antes da manipulação experimental acerca das crenças sobre o Reiki - Rio de Janeiro - 2013

Informação / **Dimensões**	**Espiritualidade**	**Terapia Não Convencional**	**Sem Informação**	**p**
Afeto Negativo	**3,15**	2,61	2,60	**.015**
Afeto Positivo	3,20	3,15	**3,56**	NS
Cognitiva	**3,08**	3,02	3,07	NS

Conforme se observa na Tabela 18, antes da manipulação experimental os escores para afeto negativo foram: para o grupo que receberá informação de que o Reiki está associado à espiritualidade de 3,15; para o grupo com informação de terapia não convencional o escore foi de 2,61; enquanto que os participantes que ficarão sem informação tiveram um escore de 2,60. Esses escores apresentaram diferença estatisticamente significante (p .015) com predomínio do afeto negativo no grupo que receberá a informação de espiritualidade.

Na dimensão de afeto positivo, no grupo que receberá a informação de que a terapia está associada à espiritualidade a média de escore foi de 3,20. Nos que receberão a informação de associação à terapia não convencional a média de escore foi de 3,15 e finalmente, os que ficarão sem informação tiveram média de escore de 3,56, senso esta última a maior.

Já na dimensão cognitiva, no grupo que receberá a informação de que a terapia está associada à espiritualidade observou-se uma média de escore de 3,08, quando esta informação for associada à terapia não convencional a média de escore foi de 3,02 e, por fim, entre os que ficarão sem informação a média de escore foi de 3,07, com predomínio da primeira.

Considerando os escores das três dimensões associadas à variável informação sobre as crenças na ação do Reiki, pode-se afirmar que a informação associou-se estatisticamente apenas a dimensão afeto negativo (F (2; 57) = 4,616 ao p.015). As médias de escore nas dimensões afeto positivo e cognitiva não apresentaram diferenças significativas em função dos grupos que receberão diferentes informações, caracterizando que apesar dos valores das médias de escore serem altos nestes grupos, elas não se distinguiram entre si.

Tabela 19 - Médias dos escores das dimensões de bem estar subjetivo depois da manipulação experimental acerca das crenças sobre o Reiki - Rio de Janeiro - 2013

Informação / **Dimensões**	**Espiritualidade**	**Terapia não Convencional**	**Sem Informação**	**p**
Afeto Negativo	***2,14***	2,08	1,67	**.03**
Afeto Positivo	3,40	3,46	***3,70***	NS
Cognitiva	3,07	***3,09***	2,99	NS

Observa-se na Tabela 19 que na dimensão afeto negativo, depois da manipulação experimental sobre as crenças, realizada com os três tipos de informação, os participantes que receberam informação de que o Reiki estava associado à espiritualidade tiveram a maior média de 2,14. Por sua vez, na informação de terapia não convencional a média foi de 2,08, enquanto que os participantes que ficaram sem informação tiveram uma média de escore de 1,67. Esses escores apresentaram diferença estatisticamente significante (p.03) com predomínio do afeto negativo no grupo que recebeu a informação de espiritualidade.

Na dimensão afeto positivo, quando informados de que a terapia estava associada à espiritualidade, a média de escore foi de 3,40. Os que tiveram informação de associação à terapia não convencional a média de escore foi de 3,46 e, por fim, os que ficaram sem informação tiveram a maior média de escore de 3,70.

Já na dimensão cognitiva, quando receberam informação de que a terapia estava associada à espiritualidade tiveram uma média de escore de 3,07, quando a informação foi associada à terapia não convencional a média de escore foi maior, de 3,09 e, por fim, os que ficaram sem informação a média de escore foi de 2,99.

Considerando as médias dos escores das três dimensões associadas à variável crenças, observou-se diferenças estatisticamente significantes apenas na dimensão afeto negativo (F (2; 57) = 3,760 ao p.03), apontando que o grupo que recebeu a informação de que o Reiki estava associado a espiritualidade teve o afeto negativo potencializado. As médias dos escores nas dimensões afeto positivo e cognitiva não apresentaram diferenças estatisticamente significantes em função da informação sobre as crenças, caracterizando que apesar dos valores das médias serem altos nestes grupos, elas não se distinguem entre si.

6.3.3 Experimento III: efeito sinérgico da aplicação do reiki e da informação sobre as crenças

O último experimento buscou analisar os efeitos sinérgicos da aplicação da terapia Reiki associada à informação sobre as crenças (duas manipulações experimentais) nas três dimensões do bem estar subjetivo, buscando verificar as mudanças nesses estados em função da combinação das manipulações experimentais.

Para essa análise as médias dos escores foram calculadas para cada dimensão do bem estar subjetivo - afeto positivo, afeto negativo e dimensão cognitiva – antes e depois das duas manipulações experimentais, e por essa razão os resultados serão apresentados separados por dimensão e nas situações antes e depois das manipulações experimentais.

Dimensão afeto positivo

Tabela 20 - Médias dos escores da dimensão afeto positivo antes das duas manipulações experimentais - Rio de Janeiro - 2013

Terapia / Informação	Receberão Reiki	Não Receberão Reiki	Média
Espiritualidade	3,19	**3,22**	3,20
Terapia Não Convencional	**3,31**	2,99	3,15
Sem Informação	***3,70***	***3,43***	3,56
Média	3,40	3,21	3,30

Na Tabela 20, relativa à dimensão afeto positivo antes das duas manipulações experimentais (aplicação do Reiki e informação), observa-se que entre os sujeitos que receberão Reiki e também a informação de que o Reiki está associado à espiritualidade, a média de escore foi de 3,19; associado à informação de terapia não convencional a média de escore foi de 3,31; e os que ficarão sem informação esta foi a maior média de escore de 3,70, com predomínio da última.

Já entre os sujeitos que não receberão Reiki e que receberão informação de associação da terapia à espiritualidade a média de escore foi 3,22; informação associada à terapia não convencional a média de escore foi de 2,99; e os que não receberão informação sobre a terapia a média de escore foi a maior, de 3,43, com predomínio da última.

O afeto positivo apresentou os escores mais elevados entre os sujeitos que receberão a terapia e ficarão sem informação sobre a mesma, com média de escore de 3,70, seguido dos que não receberão Reiki e também ficarão sem informação sobre a terapia, onde a média de escore foi de 3,43. Portanto, a média geral de todos os escores do afeto positivo foi maior nos grupos sem informação (3,56) e que receberá o Reiki (3,40).

Tabela 21 - Médias dos escores da dimensão afeto positivo depois das duas manipulações experimentais - Rio de Janeiro - 2013

Terapia / Informação	Recebeu Reiki	Não Recebeu Reiki	Média
Espiritualidade	**3,56**	3,25	3,40
Terapia Não Convencional	**3,70**	3,21	3,46
Sem Informação	***3,88***	***3,53***	3,70
Média	3,71	3,33	3,52

Observa-se na Tabela 21 das médias dos escores da dimensão afeto positivo depois das duas manipulações experimentais, que os sujeitos que receberam a terapia Reiki e a informação de espiritualidade, a média de escore foi de 3,56; com informação de associação à terapia não convencional, a média de escore foi 3,70; e os que ficaram sem informação apresentaram a maior média de escore de 3,88.

Já os que não receberam a terapia e tiveram informação de associação à espiritualidade esta média de escore foi 3,25; quando a informação foi associada à terapia não convencional a média de escore foi de 3,21; e entre os que ficaram sem informação a média de escore foi a maior, de 3,53.

O afeto positivo apresentou os escores mais elevados entre os sujeitos que receberam Reiki e não receberam informação (3,88), seguida daqueles que receberam Reiki e a informação de terapia não convencional (3,70) e em último receberam Reiki e a informação de espiritualidade (3,56). Portanto, a média geral de todos os escores do afeto positivo foi maior nos grupos sem informação (3,70) e que recebeu Reiki (3,71).

Comparando as médias antes e depois das manipulações experimentais observa-se que todos os escores se elevaram, apontando para um efeito generalizado e inespecífico da realização do Reiki e da informação sobre o afeto positivo. A exceção é observada no que se refere à informação de espiritualidade que apresentou inversão das médias após as manipulações experimentais (era maior no grupo que não receberia Reiki e passou a ser maior no grupo que recebeu Reiki).

Dimensão Afeto Negativo

Tabela 22 - Médias dos escores da dimensão afeto negativo antes das manipulações experimentais - Rio de Janeiro - 2013

Terapia / Informação	Receberão Reiki	Não Receberão Reiki	Média
Espiritualidade	***3,13***	**3,18**	3,15
Terapia Não Convencional	2,39	***2,83***	2,61
Sem Informação	**2,76**	2,43	2,60
Média	2,76	2,81	2,78

As médias de escore da Tabela 22 da dimensão afeto negativo, antes das duas manipulações experimentais, os sujeitos que receberão Reiki e também serão informados de que a terapia está associada à espiritualidade a média de escore foi a maior, de 3,13; quando a informação será associada à terapia não convencional foi de 2,39; e quando ficarão sem informação esta média de escore foi de 2,76.

Entre os sujeitos que não receberão Reiki e também receberão informação de associação à espiritualidade observou-se a maior média de escore, de 3,18; com informação associada à terapia não convencional a média de escore é 2,83 e quando não receberão informação a média de escore apresentado foi de 2,43.

O afeto negativo apresenta os escores mais elevados entre os sujeitos que receberão e não receberão a terapia Reiki associada à informação de associação desta à espiritualidade, com médias de escores respectivamente de 3,13 e 3,18 e média de 3,15.

Tabela 23 - Médias dos escores da dimensão afeto negativo depois das manipulações experimentais - Rio de Janeiro - 2013

Terapia / Informação	Recebeu Reiki	Não Recebeu Reiki	Média
Espiritualidade	***2,20***	2,07	2,14
Terapia Não Convencional	1,94	***2,23***	2,08
Sem Informação	**1,72**	1,63	1,67
Média	1,95	1,98	1,96

Na Tabela 23 de médias dos escores da dimensão afeto negativo, após as duas manipulações experimentais (aplicação do Reiki e informação), entre os sujeitos que

receberam Reiki e também tiveram informação de associação à espiritualidade *a média de escore foi a maior*, de 2,20; aqueles com informação de associação à terapia não convencional apresentaram média de escore de 1,94; e os que ficaram sem informação esta média de escore foi de 1,72.

Já entre os sujeitos que não receberam o Reiki e receberam informação de associação à espiritualidade a média de escore foi de 2,07; com informação de que a terapia estava associada à terapia não convencional a *média foi a maior*, de 2,23; e quando ficaram sem informação o escore apresentado foi de 1,63.

O afeto negativo apresenta os escores mais elevados entre os sujeitos que não receberam Reiki e receberam informação de terapia não convencional (2,23), seguido dos que receberam Reiki e informação de espiritualidade (2,20).

Comparando as médias antes e depois das manipulações experimentais, no afeto negativo observa-se que todos os escores diminuíram, apontando para um efeito generalizado e inespecífico da realização do Reiki e da informação sobre o afeto negativo.

Dimensão Cognitiva

Tabela 24 - Médias dos escores da dimensão cognitiva antes das duas manipulações experimentais - Rio de Janeiro - 2013

Terapia / Informação	Receberão Reiki	Não Receberão Reiki	Média
Espiritualidade	***3,09***	***3,08***	3,08
Terapia Não Convencional	2,99	**3,04**	3,02
Sem Informação	3,06	***3,08***	3,07
Média	3,05	3,07	3,06

Na dimensão cognitiva, antes das duas manipulações experimentais, os sujeitos que receberão Reiki quando informados de que a terapia é associada à espiritualidade a média de escore foi a maior, de 3,09; associada à terapia não convencional esta média de escore foi 2,99; e sem informação a média de escore foi de 3,06.

Os sujeitos que não receberão Reiki e informação de associação à espiritualidade a média de escore foi 3,08; se associada à terapia não convencional esta média de escore foi 3,04; e quando ficarão sem informação tiveram uma média de escore de 3,08.

Todos os valores dos escores destas variáveis apresentaram pequena diferença entre os quantitativos nos grupos que receberão e não receberão a terapia, exceto na variável de informação associada à terapia não convencional onde a média variou de 2,99 e 3,04 respectivamente.

A dimensão cognitiva do bem estar subjetivo apresenta os escores mais elevados entre os sujeitos que receberão e não receberão a terapia associada à informação de espiritualidade com escores de 3,09 e 3,08 respectivamente, seguido do grupo que não receberá Reiki e também não receberá informação (3,08).

Tabela 25 - Médias dos escores da dimensão cognitiva depois das manipulações experimentais - Rio de Janeiro - 2013

Terapia / **Informação**	**Recebeu Reiki**	**Não Recebeu Reiki**	**Média**
Espiritualidade	***3,14***	2,99	3,07
Terapia Não Convencional	3,00	***3,19***	3,09
Sem Informação	2,92	**3,06**	2,99
Média	3,02	3,08	3,05

A dimensão cognitiva, após as duas manipulações experimentais, nos sujeitos que receberam a terapia e informação associada à espiritualidade a média de escore foi a maior de 3,14; com informação de associação à terapia não convencional foi de 3,00; e entre os que ficaram sem informação esta média de escore foi 2,92.

Considerando os sujeitos que não receberam Reiki e a orientação foi de associação à espiritualidade a média de escore foi 2,99; com associação relativa à terapia não convencional a média de escore foi a maior, de 3,19; e entre os que ficaram sem informação a média de escore foi de 3,06.

Na dimensão cognitiva, as médias dos escores mais elevados foram observadas entre os sujeitos que não receberam Reiki e receberam informação de terapia não convencional (3,19), seguido dos que receberam Reiki e informação de espiritualidade (3,14).

Identifica-se que na dimensão cognitiva as médias de escore das variáveis antes e depois das manipulações experimentais praticamente não se alteraram, porém é importante destacar que ocorreu diminuição dos escores entre os sujeitos que receberam Reiki e ficaram sem informação de 3,06 para 2,92, e nos que não receberam Reiki e receberam informação de associação à espiritualidade de 3,08 para 2,99.

6.3.3.1 Discussão dos estudos experimentais

Os resultados principais apresentados podem ser sintetizados nas seguintes constatações: a presença do Reiki potencializou o afeto positivo, e não teve impacto sobre o afeto negativo e a dimensão cognitiva; a informação de espiritualidade potencializou o afeto negativo na presença do Reiki; as duas outras modalidades de informação não impactaram no afeto positivo ou na dimensão cognitiva**.**

O experimento I aponta que a presença do Reiki potencializou o afeto positivo, e não teve impacto sobre o afeto negativo e a dimensão cognitiva. As dimensões de bem estar subjetivo relacionados aos participantes que receberam ou não a terapia Reiki, na dimensão afeto positivo, o resultado apresentou evidência de que quem recebeu Reiki teve o afeto positivo potencializado, quando comparados àqueles que não receberam Reiki, considerando o valor de p = .01. A dimensão cognitiva apresentou valor mais alto do que a dimensão afeto negativo, porém o valor de "p" não apresentou alterações significativas. Nesta análise identificou-se que as médias dos escores de quem não recebeu Reiki foram discretamente mais elevadas e que a dimensão afeto positivo apresentou média de escore de maior valor.

Nesse particular, De' Carli (1999, 2006), Lübeck (1997, 2010) e Morris (2001), entre outros, citam que os seres humanos são constituídos de uma rede complexa de interconexão energética que formam padrões energéticos em fração de tempo não visíveis através do pensamento, sentimentos e emoções que fluem incessantemente e interpenetram no corpo físico dos indivíduos. Neste sentido, identifica-se que os movimentos energéticos, como o proporcionado pela terapia Reiki, podem afetar as dimensões que caracterizam o seu bem estar subjetivo.

Nesta perspectiva, Lübeck (2010) considera que os hábitos e padrões da mente podem não apenas afetar o processo de doença de maneira adversa, mas também representar uma poderosa força para saúde. Neste sentido, a energia do Reiki, através do nível de vibração mais rápida, tem a capacidade de dissolver os bloqueios e proporcionar um aumento no potencial energético do ser humano, proporcionando-lhe equilíbrio e o retorno ao seu estado natural de saúde, com a percepção de maior bem estar, portanto com predomínio de sentimentos positivos.

Hall (2001) e Moreno (2005) afirmam que o Reiki aplicado através da imposição das mãos em várias áreas do corpo do sujeito proporciona um fluxo de energia para o corpo, mente e espírito, contribuindo assim, com serenidade e bem estar no contexto do dia a dia.

A investigação de Bowden, Goddard e Gruzelier (2010) com estudantes de psicologia que receberam Reiki mostrou melhores condições gerais de saúde e benefícios para o bem estar quando comparados aos que não receberam Reiki.

A partir deste contexto identifica-se que a manutenção do equilíbrio energético contribui para que sejam mantidos ou potencializados os sentimentos positivos e estes proporcionam efeitos psicológicos saudáveis, nutrindo e fortificando todo complexo sistema energético dos seres humanos (MARTIN; BEECH, 2006).

Para Albuquerque e Trócoli (2004), as dimensões afeto positivo e afeto negativo se referem a estados emocionais, portanto, podendo ser um sentimento transitório, ou seja, característico do momento em que o indivíduo participou da pesquisa. Já na dimensão cognitiva o indivíduo utiliza critérios pessoais que podem estar relacionados a circunstâncias de sua vida ou a um padrão ou modelo por ele estabelecido. No entanto, essa dimensão não apresentou variações significativas.

Estudos realizados por Abdel-khalek (2010), Larson e Larson (2003), Roemer (2010) e Wills (2009), identificaram que o indivíduo pode ter um conjunto de recursos internos, tais como ser extrovertido, sociável, autoconfiante, determinado e otimista, podendo proporcionar ao mesmo a sensação de bem estar subjetivo mais elevado (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012). No entanto, Eid e Diener (2003), Goethals e Klein (2000), Larsen e Eid (2008) e Winkelmann (2005) apontaram que existem recursos externos, como diferenças de salário, direitos humanos, igualdade social e a forma como algumas nações valorizam a vivência em relação às emoções caracterizando diferenças internacionais, também são fatores que podem impactar o bem estar subjetivo (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012).

As pesquisas realizadas por Assefi et al. (2008), Bowden, Goddard e Gruzelier (2010), Crawford e Leaver (2006), Hulse, Stuart Shor e Russo (2010), Mackay, Hansen e McFarlane (2004), Olson, Hanson e Michaud (2003), Vander et al. 2009), Vitale e O'Connor (2006), Richeson et al. (2010) e Wardell e Engebretson (2001) na avaliação dos benefícios da terapia Reiki no equilíbrio físico, mental e espiritual, apresentaram resultados que demonstraram a contribuição da terapia na melhoria do bem estar e na maior capacidade de lidar com os desafios da vida.

Morris (2001) cita que estes estímulos energéticos, proporcionados pelo Reiki, agem diretamente nos níveis de energia do usuário e esta integração vibracional encontrará ressonância no corpo físico, proporcionando equilíbrio energético. Esse equilíbrio, consequentemente, se expressará na resolutividade das manifestações clínicas do sujeito submetido a este tipo de terapia, configurando-se numa tecnologia de cuidado que pode e deve ser utilizada pela equipe de enfermagem, proporcionando um sinérgico com a terapia e ou terapias que estiverem sendo implementadas.

No experimento II observou-se que a informação de espiritualidade potencializou o afeto negativo na presença do Reiki, mas as duas outras modalidades de informação não impactaram no afeto positivo ou na dimensão cognitiva**.** Apesar das diferenças apontadas, deve-se destacar que o comportamento das médias nas situações antes e depois da manipulação experimental sobre as crenças foi o mesmo, ou seja, em todos os casos houve diferenças nas médias entre os diferentes grupos que receberam ou não informação, mesmo que essas diferenças não tenham apresentado significância estatística. Portanto, o fato dessas diferenças terem sido observadas antes da manipulação experimental sobre as crenças, na primeira coleta de dados, relativiza a constatação do impacto das crenças no afeto negativo, observada na segunda coleta de dados.

As reflexões de alguns autores tem sido, feitas em sentido oposto aquele apontado pelos resultados deste estudo e podem contribuir para melhor contextualizá-lo. Guimarães e Avezum (2007) referem que a espiritualidade pode ser vista de forma positiva, como um ponto de satisfação e conforto para momentos diversos da vida. No entanto, também pode ser vista de forma negativa, proporcionando discórdias, fanatismo e violentos confrontos, evocando sentimentos negativos.

Já Vasconcelos (2011) cita que a espiritualidade pode ser utilizada como um instrumento de humanização no trabalho em saúde, pois os profissionais desta área se veem cotidianamente confrontados com a vulnerabilidade humana e a dinâmica subjetiva complexa e intensa que a acompanha, de modo que para cuidar da pessoa inteira, é preciso estar presente por inteiro. O autor complementa que existem estudos que constatam que o envolvimento religioso está associado com taxas menores de doença e níveis mais elevados de bem estar.

Para Marques (2003), a espiritualidade pode surgir como um recurso interno, de modo que favoreça a aceitação dos desafios relativos ao adoecimento e a sua reabilitação, sendo fator importante para prevenção de doenças, manutenção da saúde ou de reabilitação e cura. A

ausência da espiritualidade pode proporcionar, para algumas pessoas, a perda da vontade de viver (SÁ, 2009). Neste sentido, percebe-se que a espiritualidade está ligada a níveis mais elevados de satisfação na vida, melhor estado de saúde, qualidade de vida e bem estar (COTTON et al., 2006).

Desta forma, admite-se que a matéria está relacionada ao princípio da energia que interpenetra e nutre todas as coisas do universo multidimensional, incluindo as dimensões afeto negativo, afeto positivo e cognitiva, ou seja, permeando todos os planos de manifestação (CAPRA, 2006).

É fundamental reconhecer que esses diversos aspectos estão correlacionados em múltipla interação e que o Reiki pode ser usado como um método de reposição de energia atuando como uma ponte de conexão entre a mente, corpo e espírito (STEIN, 2005).

Na avaliação das dimensões de bem estar subjetivo antes e depois da informação sobre a crença na ação do Reiki observa-se que a informação só teve efeito na dimensão afeto negativo. Considerando que o afeto negativo remete a sentimentos que variam de aflição à depressão, esses resultados indicam que o indivíduo percebe e interpreta um evento futuro de acordo com suas crenças, que são responsáveis por filtrar toda a informação e estímulos que ele recebe. A organização de experiências não se dá de modo automático, como se o indivíduo fosse passivo. As novas experiências são incorporadas às experiências anteriores seletivamente, de maneira a atenderem a utilidade funcional e de estarem em harmonia com experiências passadas (GARCIA, 2010).

As representações sociais também seguem o mesmo processo de constituição, de acordo com Arruda (2002) ela não é uma cópia ou um reflexo, nem uma imagem fotográfica da realidade, é uma tradução, uma versão desta e está em transformação com o objeto que tenta elaborar, configurando-se como dinâmica e móvel. Para Jovchelovitch (2002), o fenômeno não se centra na individualidade do sujeito, mas nos fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade social, considerando como aquilo que as diferentes opiniões individuais têm em comum, a lógica que lhes une e que é compartilhada por todo um grupo social de forma mais ou menos instável.

Ao assimilar novas experiências, o indivíduo incorpora o que lhe é útil e que está de acordo com seu passado, ou seja, o que se encaixa em estruturas já predefinidas. Podemos assim ter uma visão distorcida dos eventos e circunstâncias, pois enxergamos e percebemos com mais facilidade o que reforça e se harmoniza com as crenças que já temos. Neste sentido,

deixamos de dar atenção ou ainda distorcemos fatos quando não se encaixam em nossos padrões.

Westerhof et al. (2006 apud WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012) referem que existem três componentes que permitem ao indivíduo construir significados cognitivos, motivacionais e afetivos. Os dois primeiros é que levam os indivíduos a interpretarem suas experiências pessoais, avaliando-as de forma positiva ou negativa. Distúrbios relacionados ao componente cognitivo levam a um aumento de afeto negativo, visto que se agrega valor e significados negativos à percepção e compreensão do indivíduo sobre si mesmo e sobre sua vida.

Com esses distúrbios manifestam-se tendências e crenças negativas e pessimistas, que frequentemente relacionam-se ao sofrimento e a um conjunto de experiências incomodativas. De outro modo, os julgamentos positivos sobre as vivências, podem contribuir para neutralizar determinadas condições e fatos de vida negativos, visto que eles permitem ao indivíduo abstrair e superar suas dificuldades. O componente motivacional é responsável pela antecipação do indivíduo em relação a sua vida futura, desejos e planos, e também a percepção sobre sua capacidade e possibilidade de realizá-los. Por fim, o componente afetivo tem relação com um sentimento de felicidade e protege o indivíduo de estados emocionais negativos.

Segundo Margis et al. (1999 apud SMITH; BOND, 1999), a resposta ao estresse depende, em grande medida, da forma como o indivíduo filtra e processa a informação e como avalia as situações ou estímulos a serem considerados como relevantes, agradáveis, aterrorizantes etc. Desta forma, evidencia-se que o sentido das experiências dos indivíduos que é construído através de crenças, pressuposições e expectativas é fundamental para compreensão do Bem estar Subjetivo.

Levine (1971 apud GEORGE, 2000) refere que o ser humano deve ser visto holisticamente, considerando a complexidade do indivíduo em suas necessidades físicas, sociais, econômicas e espirituais, que na sua relação com o outro existe dependência de princípios de conservação de energia e da integridade estrutural, pessoal e social, afirmando que o enfermeiro deve estar consciente dessa dependência, de modo a se preparar para atuar nos desequilíbrios que podem comprometer o funcionamento do organismo humano.

Rogers (1970 apud SÁ, 2002), considera que o ser humano deve ser visto como um todo unificado, indivisível e integrado ao ambiente, interagindo com infinitas dimensões que compõem o universo, pois o ser humano caracterizado como um campo energético interage

com o universo pandimensional ou multidimensional como é caracterizado por Boff (1999), Capra (2004) e Waldow (2003), esta interação entre ambos, pode proporcionar constantes mudanças que provoquem alterações simultâneas nos dois campos energéticos, configurando-se num processo contínuo.

Finalmente, no experimento III, identificou-se que nas três situações de informação os escores das variáveis aumentaram em todos os sujeitos que receberam Reiki. Já no grupo dos que não receberam a terapia, os sujeitos que receberam informação de que a terapia estava associada à espiritualidade e sem informação apresentaram aumento em suas médias de escores.

A partir deste resultado, identifica-se que os sujeitos que receberam a terapia Reiki tiveram uma reposição energética que contribuiu para um relaxamento profundo, uma harmonização interior e redução de estresse, nos dois níveis de informação e o grupo que ficou sem informação demonstrou ter assimilado melhor a contribuição da energização pela terapia Reiki para potencializar o afeto positivo. Os sujeitos que não receberam a terapia podem ter se beneficiado da estratégia de concentração utilizada para todos os sujeitos através da respiração.

Segundo os princípios do Pranayama (exercícios de respiração) sugeridos por Leal (2013), enquanto a respiração estiver irregular, a mente permanecerá instável; quando a respiração se acalmar, a mente permanecerá imóvel e a pessoa conseguirá a estabilidade, pois terá equilíbrio das emoções. Portanto, os sujeitos do estudo podem ter recebido contribuição com a utilização desta estratégia de concentração.

Em seguida, considerando as três informações associadas à presença da terapia, pode-se inferir que esta teve efeito em todas as variáveis de informação, porém apresentou maior diferença nos sujeitos que não receberam Reiki com informação de associação à espiritualidade e nos que receberam Reiki e ficaram sem informação sobre a terapia.

A comparação da dimensão afeto negativo antes e depois, para os sujeitos que receberam e que não receberam Reiki demonstra que todos os sujeitos se beneficiaram com a manipulação experimental, pois nas médias dos três grupos de informação apresentaram diminuição, configurando-se como melhora do afeto negativo.

Porém, considerando a diferença dos escores das variáveis, identifica-se que os sujeitos que não receberam Reiki e obtiveram informação de que a terapia estava associada à espiritualidade foi maior, seguida dos que receberam Reiki e ficaram sem informação. Neste sentido, a primeira diferença pode ser compreendida a partir do que Vasconcelos (2011)

refere em relação à espiritualidade, como sendo uma experiência de contato com uma dimensão que vai além da realidade considerada normal na vida humana, que dá força ao ser humano para romper barreiras, superar proibições e transpor todos os limites. Albuquerque (2013) e Beck e Kuyken (2003) caracterizam que a crença pode propiciar significado e direção à vida. As crenças que as pessoas têm sobre si, os outros, o mundo e o futuro, influenciam e afetam o seu bem estar, podendo dar apoio ou inibir o comportamento.

Já a segunda diferença se respalda no que é referido por De' Carli (1999, 2006) que o Reiki é uma terapia capaz de promover relaxamento profundo, desbloqueio energético, harmonização interior e resgate da saúde, proporcionando ao usuário interagir melhor com a intersubjetividade da estrutura social, pois as informações são produzidas a partir das relações entre as pessoas ou grupo de pessoas segundo Forgas (1981 apud ALEXANDRE, 2004).

Por fim, a análise da dimensão cognitiva, antes e após a manipulação experimental, aponta que esta dimensão tem relação com a opinião dos sujeitos em relação a sua própria vida. Galinha e Ribeiro (2005) referem que a dimensão cognitiva tem sido identificada como satisfação com a vida e neste mundo de incertezas, violência e indefinições os sujeitos podem ter dificuldade de perceber sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, e aspectos socioeconômicos.

CONCLUSÕES

Com esta tese pretendeu-se avaliar o impacto da terapia Reiki nos níveis de bem estar subjetivo, analisar o efeito das crenças acerca da terapia Reiki sobre o bem estar subjetivo, conhecer as representações sociais da terapia Reiki para os seus usuários, e discutir a pertinência da utilização da terapia Reiki como tecnologia de cuidado de enfermagem.

A partir dos modos como a terapia Reiki atua nos campos energéticos e da sua construção psicossocial nos grupos que a utilizam, foram formalizadas as seguintes hipóteses: a) a terapia Reiki atua na elevação do bem estar subjetivo dos seus usuários; b) as crenças sobre a terapia Reiki não interferem nos níveis de bem estar subjetivo; c) as representações sociais do Reiki se estruturam a partir da dimensão afeto positivo do bem estar subjetivo.

No que se refere à primeira hipótese de que a terapia Reiki atua na elevação do bem estar subjetivo dos seus usuários, observou-se que os sujeitos que receberam a terapia Reiki apresentaram melhores estados de afeto positivo e redução dos escores de afeto negativo, permitindo afirmar que ocorreu potencialização do afeto positivo entre os usuários que receberam Reiki. Desta forma, foi confirmada a presente hipótese.

Os seres humanos vivem numa realidade multidimensional, composta por campos energéticos, porém só tem a capacidade de perceber uma pequena parte desta realidade. Como a terapia Reiki pode proporcionar equilíbrio energético, consequentemente estes sujeitos tem maior probabilidade de terem mais experiências de afeto positivo do que negativo, configurando-se assim melhor nível de bem estar subjetivo. Neste sentido, conclui-se que a terapia Reiki favorece a manutenção do equilíbrio energético, contribuindo, assim, para manter sentimentos positivos, que proporcionaram efeitos psicológicos saudáveis, nutrindo e fortificando todo complexo campo energético dos usuários que participaram deste estudo.

Quanto à segunda hipótese relativa à análise do efeito das crenças sobre o bem estar subjetivo, o resultado apontou que somente a dimensão do afeto negativo apresentou diferenças no grupo que recebeu a informação do Reiki associado à espiritualidade. Nos outros dois grupos, informação de terapia não convencional e sem informação, as médias foram inferiores àquelas obtidas na espiritualidade, apontando associação entre as variáveis afeto negativo e Reiki como manifestação espiritual e a potencialização do afeto negativo nesse mesmo grupo.

Este resultado é de difícil interpretação teórica, mas deve-se destacar que a mesma associação estatística foi observada antes da manipulação experimental e permaneceu após a

informação, o que aponta que o grupo que recebeu a informação de Reiki associado à espiritualidade tinha uma predisposição maior a apresentar afetos negativos.

A título de uma nova hipótese, pode-se pensar que os efeitos espirituais tem, em certa medida, um caráter mágico, ou seja, entre a crença e os efeitos concretos da mesma há apenas um intermediador inacessível – Deus ou qualquer definição que a mesma entidade assuma. Portanto, se não é possível estabelecer uma relação causal entre a terapia e os seus resultados, os sujeitos se sentiriam mais livres para expressar os sentimentos de afeto negativo.

Esses resultados prévios impedem uma afirmação conclusiva quanto à associação entre estas duas variáveis. No entanto, um segundo caminho interpretativo é cabível a partir de reflexões que rejeitam esse achado de associação entre espiritualidade e bem estar negativo.

Considerando a espiritualidade como fator de proteção contra emoções negativas, deve-se vê-la como uma forma ampliada de lidar com as dimensões profundas da subjetividade, ou seja, ela transcende o que está socialmente constituído pela sociedade, a compreensão da vida e a definição de caminhos com foco no progresso e bem estar. Neste contexto, ao valorizar os sentimentos, a intuição e a inspiração proporciona-se uma conexão com o eu mais profundo, enquanto fonte de grandeza do sujeito, caracterizando-se, assim, como uma dinâmica de subjetividade.

A subjetividade faz parte do inconsciente dos sujeitos e se relaciona com o inconsciente coletivo que desenvolve o inconsciente pessoal e a consciência, no sentido de existir e permitir a conexão com todos os outros seres da Terra. Desta forma, a experiência vivida com a espiritualidade cria uma conexão com algo que mobiliza energia para a transformação da percepção da realidade.

A espiritualidade, para o profissional de saúde, envolve a capacidade de envolvimento com a complexidade de cada ser humano que está sob a sua responsabilidade de cuidado, sem perder o princípio de valorização do ser humano. Esta capacidade depende do desenvolvimento e compromisso pessoal e da formação profissional. Por intermédio da espiritualidade o profissional de saúde amplia sua capacidade de lidar com a diversidade de emoções e questionamentos que são demandados pela equipe de trabalho, clientes e familiares, preservando sua estabilidade emocional.

A dimensão consciência-inteligência-informação está presente em todos os níveis de organização da natureza. Neste sentido, o enfermeiro como um profissional que cuida com a

consciência da integralidade, com a visão holística, pode utilizar o Reiki como uma inovadora tecnologia de cuidado.

Neste sentido, a espiritualidade se relaciona a níveis mais elevados de satisfação com a vida, melhor estado de saúde, qualidade de vida e bem estar, favorece a descoberta de experiências de um contato mais profundo que dinamiza a vida. Na aplicação do Reiki ocorre sintonia com frequência energética de alta vibração proporcionando harmonia em nível físico, emocional, mental e espiritual, configurando-se como uma tecnologia de cuidado para o profissional de enfermagem.

Quanto à tese principal proposta, de que as representações sociais, através das crenças, estabelecem papel de mediação entre a terapia Reiki e a percepção do seu impacto no bem estar subjetivo, acredita-se ter trazido algumas balizas para a sua defesa. A própria dificuldade de interpretação teórica de alguns resultados pode estar associada a um esquema representacional que não foi completamente compreendido neste estudo, dada a sua extensão e o processo pontual de coleta de dados.

Na análise da representação social da terapia Reiki, os resultados permitiram identificar que os seus elementos retratam a característica de positividade da representação analisada, ou seja, o Reiki é simbolizado como algo positivo nas cognições dos sujeitos que submeteram a ele. Esses elementos positivos são estruturados em dimensões mais objetivas destacando as finalidades da terapia, mas, sobretudo, em dimensões funcionais subjetivas associadas à perspectiva energética, ao relaxamento e a tranquilidade. Desta forma, acredita-se ter confirmado a hipótese de que a representação social do Reiki se estrutura a partir da dimensão afeto positivo do bem estar subjetivo.

Destaca-se que as representações sociais são importantes na vida cotidiana porque elas guiam o modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e posicionar-se frente a eles. Neste sentido, parte-se da premissa de que a estrutura do ser humano, bem como a consciência que dele emerge, se constitui de diferentes níveis de frequências energéticas que estruturam o corpo físico visível e invisível. Considera-se que o trabalho energético conduzido pelo terapeuta Reiki, está relacionado a tudo que envolve os seres vivos e exibe graus variados de possibilidades de reequilíbrio da totalidade dos usuários, pois esta terapia eleva o padrão vibracional de quem a recebe como proposta terapêutica.

Sendo considerada como terapia holística sintoniza-se com uma frequência energética de alta vibração que possibilita contribuir com a elevação da frequência vibracional dos

usuários, promovendo a reestruturação dos padrões energéticos, favorecendo o equilíbrio físico, emocional, mental e espiritual. A frequência desta energia determina a densidade de sua manifestação na forma de matéria, a que vibra numa frequência muito lenta é a energia física e a que vibra em velocidades maiores que a da luz é a sutil. A energia sutil é tão real quanto a matéria densa, a diferença é que seu nível de vibração é mais rápido e a melhor forma de contribuir para a aquisição ou a manutenção do equilíbrio dos corpos sutis é a utilização de terapias que proporcionem energia que vibre numa frequência acima do próprio corpo físico e a terapia Reiki faz parte deste grupo.

Ela atua sempre no sentido do benefício e sua abrangência e alcance estão além de nossas percepções finitas, pois é uma energia de amor, de cura e de transformação. Esse aspecto fundamental e definidor da terapia Reiki foi evidenciado no núcleo central da representação do Reiki no grupo de sujeitos que participaram deste estudo.

O Reiki é uma terapia de harmonização, que proporciona relaxamento e tranquilidade, através da reposição energética que mantém e é capaz de recuperar a saúde, despertar a capacidade de captação, modificação e potencialização energéticas. Utiliza-se a energia primordial, que constitui todo universo, energia que dá origem a todas as coisas. Desta forma, pode intervir na matéria e na consciência, proporcionando equilíbrio, harmonia e um estado natural de bem estar. Assim, este método terapêutico favorece a diminuição de vários estados que proporcionam incomodo aos sujeitos diante da vida cotidiana.

A vida cotidiana se apresenta como um mundo subjetivamente dotado de sentido coerente, ou seja, o mundo da vida cotidiana tem origem no pensamento e na ação dos usuários, sendo apreendido como uma realidade ordenada segundo certos padrões que se impõem à cultura humana, ou seja, a subjetividade interfere no reconhecimento e nomeação dos estados de bem estar subjetivo da vida cotidiana.

Neste estudo, destaca-se com relação aos conteúdos e a estrutura da representação social do Reiki, que apesar das modificações ocorrerem de forma lenta, é preciso que elas produzam alguma diferença sensível nas práticas cotidianas da população, de modo que o conhecimento do objeto também se modifique, para identificar a possibilidade da mudança de práticas. Observa-se que a representação social do Reiki para o grupo estudado já se encontra estruturada, apesar do pouco tempo da sua disseminação e ainda pequeno número de usuários.

Analisando a pertinência da terapia Reiki como tecnologia de cuidado identificou-se que o Reiki proporcionou reações nos usuários durante a ação de ser cuidado, não só em nível físico, mas também em nível emocional, mental e espiritual. As mudanças observadas no

autoconhecimento, na percepção da própria saúde e do outro enquanto ser cuidador expressas nas razões da busca do Reiki relaciona-se com as simbolizações da própria terapia e do potencial de cuidado que proporciona bem estar e maior capacidade para lidar com os desafios do dia a dia.

Essa afirmação apoia-se em concepções de cuidado ampliado, apoiadas no cuidado holístico que deve atingir as várias dimensões do ser humano: social, biológica, psicológica e espiritual, além de proteção, promoção e prevenção da dignidade humana. Apoia-se, ainda, na constatação de que todo cuidado representa compromisso e envolvimento, pois cuidar é ação e envolve interação interpessoal e esta ação de cuidador deve promover bem estar para o usuário.

Neste sentido, o resultado deste estudo aponta para importância da inclusão de conhecimentos sobre as terapias não convencionais nas instituições de ensino, considerando a diversidade de conhecimentos já constituídos sobre as mesmas e a sua característica multidisciplinar, de modo que os estudantes e profissionais da área de saúde possam ampliar a sua percepção do potencial tecnológico do cuidado à saúde.

Cabe ressaltar que as terapias não convencionais constituem um grupo amplo e heterogêneo de modelos de prevenção, diagnóstico e tratamento, sendo importante valorizá-las de forma integrada a outras modalidades terapêuticas.

Quanto às limitações do estudo, destacam-se a fluidez do objeto e a necessidade de dar concretude ao mesmo, que implicou, por vezes, em reduções teóricas de temas mais complexos; dificuldades metodológicas mais gerais quanto ao tamanho limitado da amostra e ao tempo para a coleta de dados; a extensão da pesquisa – de caráter experimental e psicossocial, foi um desafio enfrentado com suas diferentes linguagens, técnicas de estudo e lógicas internas.

Dado a essas e outras limitações não apontadas aqui, afirma-se a necessidade de continuidade dos estudos experimentais randomizados, de forma a construir evidências das ações da terapia Reiki. Da mesma forma que se coloca como imprescindível que a abordagem psicossocial do fenômeno seja também aprofundada em outros estudos, esclarecendo o complexo processo de constituição de significados em torno dessa terapia. Neste sentido, a ampliação e replicação deste estudo poderá proporcionar uma melhor compreensão de outros aspectos da terapia Reiki não explorados neste estudo.

Finalizando, considera-se que no cuidado de enfermagem ampliado, o enfermeiro pode utilizar esta terapia integrada à consulta de enfermagem, pois, identificou-se neste

estudo que através do uso do Reiki, é possível contribuir para a ampliação da capacidade de reconhecer as demandas específicas e as pertencentes à realidade da vida cotidiana e à subjetividade de cada usuário. O uso desta terapia constitui-se no fortalecimento da abordagem holística preconizada pelas teóricas de enfermagem, contribuindo com evidências científicas, eficácia, eficiência e autonomia do profissional enfermeiro e confirmando a estruturação de uma inovação tecnológica de cuidado, que neste estudo foi considerada não convencional, podendo se configurar futuramente, como uma terapia convencional para o profissional enfermeiro.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos Interdisciplinares de representações sociais**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2000. p. 27-38.

ABRIC, J. C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPO, P. H. F.; LOREIRO, M. C. S. (Org.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003. p. 37-57.

ABRIC, J. C. **Prácticas sociales y representaciones**. México: Ediciones Coyoacán, 2001.

AGUIAR JÚNIOR, N. R. **Uso da medicina alternativa em crianças com dermatite tópica no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário de Brasília**. 2009. 78 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2009.

AKIYAMA, K. **Práticas não convencionais em medicina no Município de São Paulo**. 2004. 105 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, 2004.

ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCOLI, B. T. Desenvolvimento e uma escala de bem-estar subjetivo. **Psic.: Teor. e Pesq**. Brasília, DF, v. 20, n. 2, p. 153-164, maio/ago. 2004.

ALBUQUERQUE, M. L. **O que é uma crença?.** Braga, Portugal, 2012. Disponível em: <http://www.harmoniza.com/pt/metaforas-em-vida/324-o-que-e-uma-crenca.html>. Acesso em: 20 nov. 2013.

ALEXANDRE, M. Representação social: uma genealogia do conceito. **Comum**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 23, p. 122-138. jul./dez. 2004.

ANDREWS, F. M.; WITHEY, L. S. **Social indicators of well-being**: american's perception of quality of life. New York: Plenum Press, 1976.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cad. Pesqui**., São Paulo, n. 117, p. 127-147, 2002.

ASSEFI, N. et al. Reiki for the treatment of fibromyalgia: a randomized conmtrolled trial. **J. Altern. Complement. Med**., New York, v.14, n. 9, p. 1115-1122, 2008. Disponível em: <www.enfermagem.bvs.br>. Acesso em: 18 mar. 2011.

BARBOSA, M. A.; EGRY, E. Y.; QUEIROZ, V. M. Reflexões sobre a mudança de paradigmas e a adoção das terapias alternativas no Brasil no século XX. **Texto Contexto Enferm**., Florianópolis, v. 2, p. 33-34, 1993.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, A. **Quando a boca cala os órgãos falam**: desvendando as mensagens dos sintomas. Fortaleza: LCR, 2012.

BARROS, N. F.; NEVES, E. D. Complementary and Alternative Medicine in Brazil: one concept, different meanings. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2023-2039, 2006.

BECK, A. T.; KUYKEN, W. Terapia cognitiva: abordagem revolucionária. In: ABREU, C. N.; ROSO, M. (Org.). **Psicoterapias cognitiva e construtivista**: novas fronteiras da prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 35-50.

BELLAVITE, P. **Medicina biodinâmica**: a força vital, suas patologias e suas terapias. Campinas: Papirus, 2002.

BOFF, L. **Ética da vida**. Brasília, DF: Letraviva, 1999..

BOWDEN, D.; GODDARD, L.; GRUZELIER, J. A controlled randomized double-blind study of effects of Reiki and positive images about the welfare and salivar cortisol. **Brain Res. Bull**., New York, v. 81, n. 1, p. 66-72, 2010. Disponível em: <www.enfermagem.bvs.br>. Acesso em: 18 mar. 2011.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 94.406, Brasília, 1987. **Regulamenta a Lei n.º 7.498**, Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4173>. Acesso em: 30 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 971 de 04 de maio de 2006**. Dispõe sobre a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 25 out. 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, DF: Congresso em foco, 2013. Disponível em: <http://congressoemfoco.uol.com.br/noticias/a-integra-da-lei-do-ato-medico>. Acesso em: 13 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf>. Acesso em: 25 out. 2013.

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

CAMARGO, B. V. Sexualidade e representações sociais da AIDS. **Rev. Ciênc. Hum**., Florianópolis, v. 3, p. 97-110, 2000.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 2000.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 25. ed. São Paulo: Cultrix, 2004.

CAPRA, F. **O tao da física**: um paralelo entre a física moderna e o misticismo oriental. São Paulo: Cultrix, 2006.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CHARDIN, P. T. **O fenômeno humano**. 14. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução 197/1997**. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4253>. Acesso em: 23 fev. 2013.

COTTON, S. et al. Spirtuality and religion in patients with HIV/AIDS. **J. Gen. Intern. Med**., Philadelphia, v. 21, supl., p. 5-13, 2006.

COUTINHO, M. P. Depressão infantil: uma leitura psicossociológica. In: MOREIRA, A. S. P. **Representações sociais**: teoria e prática. João Pessoa: UFPB, 2001. p. 123-144.

CRAWFORD, S. E; LEAVER, V. W. Using to decrease memory and behavior problems in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. **J. Altern. Complem. Med.**, New York, v. 12, n. 9, p. 911-3, 2006. Disponível em: <www.enfermagem.bvs.br>. Acesso em: 18 mar. 2011.

CSIKSZENTMIHALYI, M.; MASSIMINI, F. On the psychological selection of bio-cultural information. **New Ideas Psychol.,** New York, v. 3, p. 115-138, 1985.

DE'CARLI, J. **Reiki a terapia do 3º milênio**. 2. ed. São Paulo: Madras, 1999.

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

DI BIASE, F. Consciência quântico-holográfica. In: LIIMAA, W. (Org.). **Pontos de mutação na saúde**. Recife: Salto Quântico, 2011b. p. 170-189.

DI BIASE, F.; AMOROSO, R.L. Percepção holoinformacional: implicações para a psicologia transpessoal e autoimunidade. In: LIIMAA, W. (Org.). **Pontos de mutação na saúde**: integrando corpo e mente. São Paulo: Aleph, 2011a. p. 85-161.

DIENER, E. Subjetive well-being. **Psychol. Bull.**, Wasshington, DC, n. 95, p. 542-575, 1984.

EMMONS, R. A. Personal strinvings: an approach to personality and subjective well-being. **J. Person. Soc. Psycol.**, Washington, v. 51, n. 5, p. 1058-1068, 1986.

FARR, R. M. Representações Sociais: A Teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH. S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 63-88.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário do Aurélio**. 2013. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/crenca.html>. Acesso em: 20 nov. 2013.

FERREIRA, M. Z. J. **Essências florais**: medida da sua influência na vitalidade em seres vivos. 2007. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FRASER, P. H.; MASSEY, H. **Decodificando o corpo energético**: a base da ciência médica no futuro. Tradução de Sandra Luzia Couto. São Paulo: Pensamento, 2010.

FREIRE, T.; TAVARES, D. Influência da auto-estima, da regulação emocional e do género no bem-estar subjectivo e psicológico de adolescentes. **Rev.Psiquiat. Clín.**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 184-188, 2011.

GALINHA, I.; RIBEIRO, J. L. P. História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. **Psicol. saúde e doenças**, Lisboa, v. 6, n. 2, p. 203-214, 2005.

GARCIA, T. P. **Como se comporta uma pessoa insegura?**. 2010. Disponível em: <http://psicologa-thaispetroff.blogspot.com.br/2010/5/como-se-comporta-uma-pessoa-insegura.htm/>. Acesso em: 14 nov. 2013.

GERBER, R. **Medicina vibracional**: uma medicina para o futuro. São Paulo: Cultrix, 2004.

GIACOMONI, C. H.; HUTZ, C. S. A mensuração do bem-estar subjetivo: escala de afeto positivo e negativo e escala de satisfação de vida. In: CONGRESSO INTERAMERICANO DE PSICOLOGIA, 26., 1997, São Paulo. **Anais...** São Paulo: SIP, 1997.

GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia da SBP**, Porto Alegre, v.12, n.1, p. 43-50, 2004.

GOMES, A. M. T. **A vulnerabilidade como elemento organizador do cuidado de enfermagem no contexto do HIV/AIDS**: conceitos, processos e representações sociais. 2011. 414 f. Tese (Titular em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

GOSWAMI, A. Saúde e cuidado na visão do ativismo quântico. In: LIIMAA, W. (Org.). **Pontos de mutação na saúde**: integrando corpo e mente. Recife: Salto Quântico, 2011b. p. 15-26.

GOSWAMI, A. **O ativista quântico**: princípios da física quântica para mudar o mundo e a nós mesmos. Tradução Marcello Borges. São Paulo: Aleph, 2010.

GREENE, B. **O universo elegante**: super cordas, dimensões ocultas e a busca da teoria definitiva. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev. Psiq. Clín**., São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 88-94, 2007.

HALL, M. **Reiki para doenças comuns**: um guia prático para a cura. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

HEWITT, P. G. **Física conceitual**. 9. ed. Porto Alegre: Bookman, 2008.

HORNERVOGT, T. **Reiki**: cura e harmonia através das mãos. São Paulo: Pensamento, 2006.

HULSE, R. S.; STUART-SHOR, E. M.; RUSSO, J. Endoscopic procedure with modified Reiki intervention: a pilot study. **Gastroenterol. Nurs.**, Philadelphia, v. 33, n. 1, p. 20-26, 2010. Disponível em: <www.enfermagem.bvs.br>. Acesso em: 18 mar. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2000/2010**. 2011. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25 out. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico. 2011/2012**. 2013. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 25 out. 2013.

JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Tradução de Lílian Ulup. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JOVCHEVITCH, S. **Representações sociais e esfera pública**: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

JOVCHEVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. 7.ed. Petrópolis: Vozes, 2002. Cap.1, p.63-83.

LANE, S. T. M. Usos e abusos do conceito de representação social. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 19-45.

LEADBEATER, C. W. **Os chacras**. São Paulo: Pensamento; 1989.

LEAL, O.; ARAÚJO, J. **Pranayamas**: a respiração yoga. 2013. Disponível em: <http://www.humaniversidade.com.br/boletins/pranayama.htm>. Acesso em: 04 nov. 2013.

LEOPARDI, M. T. **Entre a moral e a técnica**: ambiguidades do cuidado de enfermagem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

LIIMAA, W. **Pontos de mutação na saúde**: integrando corpo e mente. São Paulo: Aleph, 2011a.

LIIMAA, W. **Pontos de mutação na saúde**. Recife: Salto Quântico, 2011b.

LÜBECK, W. **Manual de Reiki, introdução básica e métodos de aplicação natural**: um guia completo para prática do Reiki. São Paulo: Ground, 1997.

LÜBECK, W.; HOSAK, M. **O grande livro de símbolos do Reiki**. São Paulo: Pensamento, 2010.

MACKAY, N.; HANSEN, S.; MCFARLANE, O. Autonomic nervous system changes during Reiki Treatment: Aprelimirary study. **J. Altern. Complement. Med.**, New York, v. 10, n. 6, 2004. Disponível em: <www.enfermagem.bvs.br>. Acesso em: 18 mar. 2011.

MADEL, T. L. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos para paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**: **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, supl., p. 145-176, 2005.

MARQUES, L. F. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Psicol. Ciênc. Prof**., Brasília, DF, v. 23, n. 2, p. 56-65, 2003.

MARTIN, H.; BEECH, D. **A solução heartmath**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

MCKENZIE, E. **Healing reiki**. Berkeley: Ulysses Press, 1998.

MENELAU, M. A. A psicomedicina e uma visão do corpo humano. In: LIIMAA, W. (Org.). **Pontos de Mutação na Saúde**. Recife: Salto Quântico, 2011b. p. 45-83.

MORENO, J. A. **Medicina energética**: o confronto com a medicina oficial. 3. ed. Belo Horizonte: Artes Gráficas Almeida, 2005.

MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2000.

MORRIS, R. **O que sabemos sobre o universo**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. Introduccion al campo de la psicologia. In: MOSCOVICI, S. (Ed.). **Psicologia social**: influencia y cambios de actitudes, individuos y grupos. Barcelona: Paidós, 1985. p. 237-260.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOTOYAMA, H. **Teoria dos chacras**: ponte para a consciência superior. São Paulo: Pensamento, 2009.

MYERS, D. G.; DIENER, E. Who is happy? **Psychol. Sci.**, Washington, v. 6, p. 10, p. 17, 1995.

NAIFF, N. **Curso completo de terapia holística & complementar**. Rio de Janeiro: Nova Era, 2009.

NOVAES, M. H. **Psicologia da terceira idade**: conquistas possíveis e rupturas necessárias. Rio de Janeiro: Nau, 1997.

KUREBAYASHI, L. F. S. **Acupuntura na saúde pública**: uma realidade histórica e atual para enfermeiros. 2007. 275 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, D. C. **A promoção da saúde da criança**: análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais. 1996. 315 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576. out./dez. 2008.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB, 2005. p. 573-603.

OLSON, K.; HANSON, J.; MICHAUD, M. A phase II trial of Reiki for pain management with advanced cancer. **J. pain symptom manage**., Philadelphia, v. 26, n. 5, p. 990-997, 2003. Disponível em: <www.enfermagem.bvs.br>. Acesso em: 18 mar. 2011.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiquiatr. Clín**., São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 105-115, 2007.

PETTER, F. A. **Reiki**: o legado do Dr. Usui; o documento original do Dr. Mikao Usui, o desenvolvimento do sistema por ele criado e sua dimensão no mundo atual. São Paulo: Ground, 2002.

PINHEIRO, R. **Medicina da alma/ pelo espírito Joseph Gleber**. 2. ed. rev. e ampliada. Contagem: Casa dos Espíritos, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNCLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRIMACK, J. R. **Panorama visto do centro do universo**. São Paulo: Livraria da Física, 2005.

RIBAUT, J. **Radiônica**: a ciência do futuro. São Paulo: Roca, 1997.

RIBAUT, J. **Energia mental**: a imaginação um mundo além da razão. São Paulo: Roca, 2000.

RIBEIRO, A. M. C. **O esplendor dos chacras e das cores**. São Paulo: Roca, 2002.

RICHESON, N. E. et al. Effects of Reiki axienty, depression, pain and physiological factors in community-dwelling older adults. **Res. Gerontol. Nurs.**, Thorofare, v. 3, n. 3, p. 187-199, 2010. Disponível em: <www.enfermagem.bvs.br>. Acesso em: 18 mar. 2011.

RIES, J. **O sentido do sagrado nas culturas e nas religiões**. São Paulo: Ideias & Letras, 2008.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Lei nº 5471 de 10 de junho de 2009**. Estabelece no âmbito do estado do rio de janeiro a criação do programa de terapia natural. Rio de Janeiro, 2009.

ROCHA, E. C. O papel da consciência na saúde da nova era. In: LIIMAA, W. (Org.). **Pontos de Mutação na Saúde**. Recife: Salto Quântico, 2011b. p. 279-295.

RUBIK, B. The biofield hypothesis: its biophysical basis and role in medicine. **J. Altern. Complement. Med.**, New York, v. 8, n. 6, p. 703-717, 2002.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. On happiness and human potentials: a review of reasearch on hedonic and eudaimonic well-being. **Ann. Rev. Psychol.**, Palo Alto, v. 52, p. 141-166, 2001.

SÁ, A. C. **Aplicação do toque terapêutico em mulheres portadoras de câncer de mama sob tratamento quimioterápico**. 2002. 143 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002a.

SÁ, A. C. Reflexão sobre o cuidar em Enfermagem: uma visão do ponto de vista da espiritualidade humana e da atitude crítica. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 205-217, 2009.

SÁ, C. P. **A construção do objeto em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das representações sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002b.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.

SCHULTE, S. **Reiki, trabalhando com energia**: uma ampla introdução ao Reiki e ao trabalho com processos energéticos. Blumenau: EKO, 1997.

SCHWITZGEBEL, E. Belief. In: ZALTA, E. **The stanford encyclopedia of philosophy**. Stanford: The Metaphysics Research Lab, 2006. p. 9-19.

SILVA, M. A. **Teoria da relatividade**. Brasil Escola. 2012. Disponível em: <http://brasilescola.com/física/teorias-da-relatividade.htm>. Acesso em: 17 fev. 2012.

SMITH, P. B.; BOND, M. H. Culture: the neglected concept. In: SMITH, P. B.; BOND, M. H. **Social psychology across cultures**. 2.ed. Boston: Allyn & Bacon, 1999. p. 38-69.

SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 2004.

STEIN, D. **Reiki essencial**: manual completo sobre a antiga arte de cura. São Paulo: Pensamento, 2005.

TAGLE, N. **Kirlian**: el diagnóstico preventivo de su salud: manual y guía prática. Buenos Aires: Kier, 1995.

TRIPCCHIO, A. **Ressonância mórfica de Rupert Sheldrake**. 2007. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=761>. Acesso em: 17 fev. 2012.

TSUCHIYA, K. K.; NASCIMENTO, M. J. P. Terapias complementares: uma proposta para atuação do enfermeiro. **Rev. Enferm. UNISA**, São Paulo, n. 3, p. 37-42, 2002.

VANDER, S. et al. A systematic review of the therapeutic effects of Reiki. **J. altern. complement. med**., New York, v. 15, n. 11, p. 1157-1169, 2009. Disponível em: <www.enfermagem.bvs.br>. Acesso em: 18 mar. 2011.

VASCONCELOS, E. M. **Espiritualidade no trabalho em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

VERGÈS, P. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations**: manuel version 2.00. Aix-en-Provence: Laboratoire Méditerrnnéen de Sociologie, 2000.

VIANNA, L. B. **Max Planck**: biografia do físico alemão. InfoEscola. 2010. Disponível em: <http://www.infoescola.com/biografias/max-planck/>. Acesso em: 17 fev. 2012.

VICTORIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HANSEN, M. N. A. Pesquisa quantitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: tomo Editorial, 2000.

VITALE, A. T.; O'CONNOR, P. C. The effect of Reiki on pain an axiety in women with hysterectomies abdominal: a quasi-experimental pilot study. **Holistic Nurs. Pract.**, Philadelphia, v. 20, n. 6, p. 263-272, 2006. Disponível em: <www.enfermagem.bvs.br>. Acesso em: 18 mar. 2011.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2003.

WALDOW, V. R. **Cuidar expressão humanizadora da enfermagem**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

WARDELL, D. W.; ENGEBRETSON, J. Biological correlates Reiki Touch (sm) healing. **J. Adv. Nurs.**, Malden, v. 33, n. 4, p. 439-445, 2001. Disponível em: <www.enfermagem.bvs>. Acesso em: 18 mar. 2011.

WATSON, J. **Enfermagem pós-moderna e futura**: um novo paradigma da enfermagem. Tradução de João M. Machado Enes. Loures: Lusiciência, 2002.

WATSON, J. **Enfermagem pós-moderna e futura**: um novo paradigma da enfermagem. Tradução João M. Machado Enes. Loures: Lusiciência, 2002.

WEIL, P. Novos paradigmas em ciência e medicina. In: LIIMAA, W. (Org.). **Pontos de mutação na saúde**: integrando corpo e mente. Recife: Salto Quântico, 2011. p. 263-282.

WEISS, B. **A divina sabedoria dos mestres**: um guia para a felicidade, alegria e paz interior. Tradução António Reca de Sousa. Cascais: Pergaminho, 2000.

WOYCIEKOSKI, C.; STENERT, F.; HUTZ, C. S. Determinantes do bem-estar subjetivo. **Psico**., Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 280-288, 2012.

APÊNDICE A - Questionário de Identificação dos Usuários

1- Idade :

2- Sexo: ( ) M ( ) F

3- Grau de escolaridade: ( ) Fundamental incompleto ( ) Fundamental completo ( ) Médio incompleto ( ) Médio completo ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo

4- Profissão: _____

5- Está empregado atualmente: ( ) sim ( ) não

6- Renda pessoal: ( ) menos de R$ 1.000,00 ( ) entre R$ 1.000,00 e R$ 2.000,00
( ) entre R$ 2.000,00 e R$ 4.000,00 ( ) mais de R$ 4.000,00

7- Estado civil: ( ) solteiro ( ) casado ( ) viúvo ( ) divorciado

8- Estado marital : ( ) vive com companheiro(a) ( ) vive sozinho

9- Relacionamento afetivo: ( ) tem relacionamento fixo ( ) não tem relacionamento fixo

10- Tem alguma doença? ( ) sim ( ) não

11- Qual (ais)? _____

12- Há quanto tempo? _____

13- Faz tratamento? ( ) sim ( ) não

14- Qual (ais)? _____

15- Há quanto tempo?

16- Já fez algum tipo de terapia não convencional? ( ) sim ( ) não

17- Qual (uais) ? _____

18- Porque procurou o Reiki? _____
_____

19- Tem religião: ( ) sim ( ) não

20- Qual? _____

21- É praticante? ( ) sim ( ) não

22- Acredita em Deus ou numa força superior: ( ) sim ( ) não

APÊNDICE B - Questionário de Representação Social do Reiki

Logo abaixo você encontrará duas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a Terapia Reiki. Por favor, para cada afirmação, será marcado um X o número no retângulo que expressa o mais fielmente possível sua opinião sobre a Terapia Reiki. Não há respostas certas ou erradas, mas é importante você responda com sinceridade.

1- O Reiki pode ser considerado uma terapia associada à Espiritualidade?

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

2- O Reiki pode ser considerado uma terapia Não Convencional?

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

3- Quais as razões da sua busca pelo Reiki?

_____
_____
_____
_____

APÊNDICE C - Questionário de Evocações Livres

Escreva as cinco primeiras palavras (ou expressões) que lhe vêm à mente quando eu digo a expressão **“Terapia REIKI”**:

Resposta 1: _____ ( )
Resposta 2: _____ ( )
Resposta 3: _____ ( )
Resposta4: _____ ( )
Resposta 5: _____ ( )

Agora organize da **mais para a menos** importante, numerando nos parênteses do lado direito.

APÊNDICE D - *Script* para o Terapeuta - Orientações sobre a Terapia Reiki

O terapeuta adotará três condutas para orientação dos usuários sobre a terapia Reiki e seu modo de ação será segundo os *scripits* abaixo:

O Reiki como uma Terapia Não Convencional ou Alternativa:

O Reiki é um sistema natural de equilíbrio e de reposição energética que contribui para a produção de um relaxamento profundo, desbloqueio energético, harmonização interior, redução de estresse e resgate da saúde. É uma união da energia cósmica (REI), energia essencial que do universo em seu estado original, de alta frequência, com a energia pessoal (KI) do praticante, de baixa frequência em sua forma aqui na terra, através da imposição das mãos nos sete chacras principais, pela região anterior e posterior, do corpo do ser humano. O terapeuta energizará cada chacra por um período de 3 minutos, como são sete chacras, o tempo total de aplicação do Reiki será de 42 minutos, pois será aplicado na região anterior e posterior do corpo.

O Reiki relacionado com a espiritualidade:

O Reiki é um sistema natural de equilíbrio, que através de um relaxamento profundo, o terapeuta e o usuário recebem suporte da espiritualidade, contribuindo assim para a harmonização interior, a redução de estresse e o resgate da saúde. É uma união da energia da Espiritualidade (REI) com a energia a energia pessoal (KI) do terapeuta e do usuário. O terapeuta orientará o cliente para fechar os olhos e se concentrar e vai ficar em várias posições próximo do corpo do usuário, desde a cabeça até os pés, com o usuário sendo posicionado, primeiramente, em decúbito dorsal, por 21 minutos, sendo orientado logo após este tempo, pelo terapeuta a mudar para o decúbito ventral, ficando nesta posição pelo mesmo período de tempo, perfazendo um total de 42 minutos de terapia, pois será aplicado na região anterior e posterior do corpo.

Nenhuma orientação sobre o Reiki

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada: "Terapia Reiki e Bem estar Subjetivo", que tem como objetivo geral: Analisar o impacto e a Representação Social da terapia Reiki de forma comparativa entre usuários que a utilizam e os que não utilizam, que será desenvolvida pelo Doutorando José Henrique do Nascimento Bessa, sob orientação da Profª. Drª. Denize Cristina de Oliveira.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se de responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição, sendo mantido seu tratamento e quaisquer outros serviços prestados por esta unidade de ensino e saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em receber ou não a terapia Reiki e responder a 04 (quatro) questionários, sendo o primeiro com conteúdo sociodemográfico; o segundo de evocações livres; o terceiro é de identificação das representações sociais e o quarto está organizado com uma escala com algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções, com objetivo de saber como você tem se sentido ultimamente e o terceiro com algumas frases para identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida e uma pergunta verbal para quem recebe a terapia Reiki, para saber o que vem a sua mente quando você ouve a palavra Reiki.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionados com sua participação. O benefício relacionado é a contribuição com a pesquisa que pretende auxiliar no desenvolvimento do atendimento e do ensino na Faculdade de Enfermagem da UERJ e consequentemente na formação de enfermeiro capacitado para atuar no seu contexto de trabalho.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/ e-mail/ endereço institucional do pesquisador e o telefone/ e-mail do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa ou retirar sua participação, agora ou a qualquer momento.

Endereço institucional para contato: Pavilhão Paulo de Carvalho - Boulevard 28 de etembro, nº 157, 7º andar - Vila Isabel - Rio de Janeiro - RJ CEP 20551-030, Tel.: 28688236 - ramal 200. E-mail: facenf@uerj.br e contato com o pesquisador: Tel.: (21) 99457015 e E-mail: hnbessa@yahoo.com.br.
Professora Orientadora: Denize Cristina de Oliveira
Pesquisador: José Henrique do Nascimento Bessa

Telefone do Comitê de ética em Pesquisa onde o projeto será avaliado: (21) 23342180

Rio de Janeiro, __/__/__ _____ _____
Nome do Pesquisador Assinatura do Pesquisador

Declaro estar ciente do teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Rio de Janeiro, __ de __ de _____.

_____ _____
Nome do Entrevistado Assinatura do Entrevistado

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br – Telefone: (21) 2334-2180.

ANEXO A - Escala de Bem Estar Subjetivo (Subescala 1)

Esta escala consiste de um número de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Gostaria de saber como você tem se sentido ultimamente. Não há respostas certas ou erradas. É importante que você seja o mais sincero possível. Será marcado com um X, o número que corresponde a sua resposta no retângulo ao lado de cada palavra, de acordo com a escala abaixo.

Ultimamente tenho me sentido ...

Respostas / Emoções e Sentimentos	1 Nem um pouco	2 Um pouco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremamente
1- Aflito	1	2	3	4	5
2- Alarmado	1	2	3	4	5
3- Amável	1	2	3	4	5
4- Ativo	1	2	3	4	5
5- Angustiado	1	2	3	4	5
6- Agradável	1	2	3	4	5
7- Alegre	1	2	3	4	5
8- Apreensivo	1	2	3	4	5
9- Preocupado	1	2	3	4	5
10- Disposto	1	2	3	4	5
11- Contente	1	2	3	4	5
12- Irritado	1	2	3	4	5
13- Deprimido	1	2	3	4	5
14- Interessado	1	2	3	4	5
15- Entediado	1	2	3	4	5
16- Atento	1	2	3	4	5
17- Transtornado	1	2	3	4	5
18- Animado	1	2	3	4	5
19- Determinado	1	2	3	4	5
20- Chateado	1	2	3	4	5
21- Decidido	1	2	3	4	5
22- Seguro	1	2	3	4	5
23- Assustado	1	2	3	4	5
24- Dinâmico	1	2	3	4	5
25- Engajado	1	2	3	4	5
26- Produtivo	1	2	3	4	5
27- Impaciente	1	2	3	4	5
28- Receoso	1	2	3	4	5
29- Entusiasmado	1	2	3	4	5
30- Desanimado	1	2	3	4	5
31- Ansioso	1	2	3	4	5
32- Indeciso	1	2	3	4	5
33- Abatido	1	2	3	4	5
34- Amedrontado	1	2	3	4	5
35- Aborrecido	1	2	3	4	5
36- Agressivo	1	2	3	4	5
37- Estimulado	1	2	3	4	5
38- Incomodado	1	2	3	4	5
39- Bem	1	2	3	4	5
40- Nervoso	1	2	3	4	5
41- Empolgado	1	2	3	4	5
42- Vigoroso	1	2	3	4	5
43- Inspirado	1	2	3	4	5
44- Tenso	1	2	3	4	5
45- Triste	1	2	3	4	5
46- Agitado	1	2	3	4	5
47- Envergonhado	1	2	3	4	5

ANEXO B - Escala de Bem Estar Subjetivo (Subescala 2)

Logo abaixo você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, a ser marcada com um X no retângulo, responda qual o número que expressa o mais fielmente possível sua opinião sobre sua vida atual. Não há respostas certas ou erradas, mas é importante que a resposta seja sincera.

Respostas / Opiniões	1 Discordo Plenamente	2 Discordo	3 Não sei	4 Concordo	5 Concordo Plenamente
48- Estou satisfeito com minha vida	1	2	3	4	5
49- Tenho aproveitado as oportunidades da vida	1	2	3	4	5
50- Avalio minha vida de forma positiva	1	2	3	4	5
51- Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida	1	2	3	4	5
52- Mudaria meu passado se eu pudesse	1	2	3	4	5
53- Tenho conseguido tudo o que esperava da vida	1	2	3	4	5
54- A minha vida está de acordo com o que desejo para mim	1	2	3	4	5
55- Gosto da minha vida	1	2	3	4	5
56- Minha vida está ruim	1	2	3	4	5
57- Estou insatisfeito com minha vida	1	2	3	4	5
58- Minha vida poderia estar melhor	1	2	3	4	5
59- Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida	1	2	3	4	5
60- Minha vida é “sem graça”	1	2	3	4	5
61- Minhas condições de vida são muito boas	1	2	3	4	5
62- Considero-me uma pessoa feliz	1	2	3	4	5

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética

Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Sr2
Comissão de Ética em Pesquisa – COEP
Rua São Francisco Xavier, 524, bloco E, 3°. andar, sala 3018 - Maracanã.
CEP 20550-900 – Rio de Janeiro, RJ.
E - mail: [illegible] - Telefone: (21) 2334 2180

PARECER COEP 045/2012

A Comissão de Ética em Pesquisa – COEP, em sua 7ª Reunião Ordinária em 09 de agosto de 2012, analisou o protocolo de pesquisa nº 038.3.2012 segundo as normas éticas vigentes no país para pesquisa envolvendo sujeitos humanos e emite seu parecer.

Projeto de pesquisa: ***"O impacto da terapia Reiki no bem estar subjetivo dos usuários"***.
Pesquisadora responsável: José Henrique do Nascimento Bessa
Instituição Responsável :Faculdade de Enfermagem – UERJ
Área do Conhecimento: 4.00 –Ciências da Saúde – 4.04 Enfermagem

Sumário: trata-se de um estudo quanti-qualitativo com abordagem experimental que tem como objetivo analisar as representações sociais da terapia Reiki e o impacto da mesma no bem-estar subjetivo do usuários, em um serviço de atendimento de uma universidade pública do estado do Rio de janeiro. Serão avaliados 60 sujeitos participantes do projeto de extensão Saúde-se em sequência de 03 consultas para aplicação dos instrumentos.

Objetivo: Analisar as representações sociais da terapia Reiki e o impacto da mesma no bem-estar subjetivo do usuários.

Considerações Finais: Após debate entre os membros, a COEP considerou que o projeto de pesquisa está bem organizado e apresenta coerência entre os objetivos, a metodologia e a fundamentação teórica. O TCLE está claro e de fácil entendimento. O cronograma é adequado à proposta de estudo.

Ante o exposto, a COEP deliberou pela **aprovação** do projeto, visto que não há implicações éticas.

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - **previsto para agosto de 2013,** para cumprir o disposto no item *VII. 13.d da RES. 196/96/CNS.* Além disso, a COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Situação: Projeto Aprovado

Rio de janeiro, 13 de agosto de 2012

Sra. Patrícia Fernandes de Campos Moraes
Coordenadora Adjunta da Comissão de Ética em Pesquisa/UERJ
Mat 33 245-2