

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR**

LIRIS LÉA LEMOS

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE DE SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS: CONTRIBUIÇÕES DA
TERAPIA REIKI**

UBERLÂNDIA

2019

LIRIS LÉA LEMOS

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE DE SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS: CONTRIBUIÇÕES DA
TERAPIA REIKI**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Orientadora: Profa. Dra. Rosimár Alves Querino

UBERLÂNDIA

2019

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

L557 Lemos, Liris Lea, 1961-
2019 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA PROMOÇÃO
DA SAÚDE DE SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS: CONTRIBUIÇÕES
DA TERAPIA REIKI [recurso eletrônico] / Liris Lea Lemos. - 2019.

Orientador: Profa. Dra. Rosimár Alves Querino Querino.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2256>
Inclui bibliografia.
Inclui ilustrações.

1. Geografia médica. I. Querino, Profa. Dra. Rosimár Alves
Querino, 1974-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia.
Pós-graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III.
Título.

CDU: 910.1:61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

**PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE
DE SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA REIKI.**

Data _____/_____/_____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Rosimár Alves Querino (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e
Saúde do Trabalhador (Membro)

Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar
Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e
Saúde do Trabalhador (Membro)

Profa. Dra. Luiza Maria de Assunção
Programa de Pós-Graduação em Atenção à
Saúde Universidade Federal do Triângulo
Mineiro (Membro)

Dedico este trabalho aos meus avós, meus pais, irmãos, sobrinhos, cunhados e em especial para o meu irmão Lincoln, meu grande e amado amigo, um “pai” que eu reencontrei em mais uma caminhada de aprendizado. Gratidão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, pela vida e todas as oportunidades de aprendizado, encontros e reencontros.

Aos meus pais Rafael e Abadia e aos meus avós Joaquim e Lázara, por todo o amor, carinho, dedicação e ensinamentos (*in memoriam*).

Aos meus irmãos Lincoln (*in memoriam*), Lígia, Laucides e Lúci-Leia pelo amor, parceria e cumplicidade em todos os momentos da minha vida.

Aos meus sobrinhos Moline, Rafael, Felipe e Vitor Hugo, o amor, o carinho e a presença em minha vida. Aos meus cunhados Mário e Terezinha por todo apoio, amor, que são meus irmãos do coração. Aos meus tios Luciano, Irene e Divino.

À minha orientadora, Profa. Dra. Rosimár Alves Querino, por todo o seu empenho, dedicação, carinho, afeto, uma pessoa iluminada, um encontro com o qual Deus me presenteou.

Ao Prof. Dr. Winston Kleiber Bacelar, por sua presença carinhosa e suas valiosas contribuições que enriqueceram muito a minha pesquisa.

À Prof. Dra. Luiza Maria de Assunção, meu carinho por sua contribuição generosa para o enriquecimento da minha pesquisa.

À minha amiga muito querida Ana Marina, minha primeira terapeuta Reikiana.

À minha amiga muito especial Ilda Costantin, por todo o incentivo, afeto, amizade e que foi peça fundamental nessa conquista.

A todos os pacientes do Reiki, que possibilitaram a concretização dessa pesquisa.

Aos professores do PPGAT, à coordenação, à Cristiana sempre com um sorriso afetuoso e cativante.

Às minhas amigas “Mosqueteiras”, Adelita, Terezinha e Leila, por fazerem parte da minha vida nos momentos felizes e nos difíceis também.

Às minhas amigas Ana Lúcia, Marilúcia, Heidi, Luiza, Elaine, Giovana, Márcia, Virgínia.

Ao meu amigo José Maria, por sua cumplicidade e parceria

Aos meus colegas de trabalho do SIAPS por todo o apoio, colaboração e compreensão nessa trajetória.

O meu carinho especial à Rosana, o “ouvido-corção” da DIRQS, pelas

palavras sensatas e a escuta acolhedora nos momentos difíceis.

Ao Mário, Robson, Aristides, Celeste, Laudemira, representantes do SINTET, por sua colaboração decisiva no apoio ao Reiki.

Ao mestre de Reiki Eduardo Isaac Rodrigues, por colaborar na elaboração do projeto do Reiki e por ceder as imagens utilizadas na dissertação.

Ao diretor José Humberto e os coordenadores da UR SIASS que possibilitaram a concretização dessa pesquisa.

À Patrícia, Kelma, bibliotecárias e ao James que contribuíram muito com a minha pesquisa colaborando nas pesquisas e nas referências.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AGU	Advocacia Geral da União
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRPICs	Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
DIRQS	Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HND	História Natural das Doenças
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Renováveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFES	Instituição Federal de Ensino Superior
IFET	Instituto Federal de Educação e Tecnologia
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
MACs	Medicina Alternativa e Complementar em Saúde
MAPA	Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MF	Ministério da Fazenda
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
MTC	Medicina Tradicional Chinesa
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MTs	Medicina Tradicional em Saúde
NCCAM	National Center of Complementary Medicine
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PASS	Política de Assistência à Saúde do Servidor
PF	Polícia Federal
PICs	Prática Integrativa e Complementar em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde

PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
PPGAT	Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
PRF	Polícia Rodoviária Federal
PROEX	Pró Reitoria de Extensão e Cultura
PROGEP	Pró Reitoria de Gestão de Pessoas
SIAPS	Setor Integrado de Ação de Promoção à Saúde
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SINTET	Sindicato dos Trabalhadores Técnico – Administrativos em Instituições Federais de Ensino Superior de Uberlândia
SISOSP	Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público
SUS	Sistema Único de Saúde
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UR	Unidade de Referência

LISTA DE FIGURAS, QUADRO E TABELAS

Figura 1 – Chacras	20
Figura 2 - Categorias temáticas e unidades de sentido.	30
Figura 3 - Posições de auto aplicação do Reiki	78
Figura 4 - Posições de aplicação do Reiki na cabeça	79
Figura 5 - Posições de aplicação do Reiki – frente	80
Figura 6 - Posições de aplicação do Reiki – costas	81
 Quadro 1 – Caracterização dos participantes do estudo segundo sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, tipo de função e tempo de atendimento no Reiki.	 28
 Tabela 1. Caracterização sócio demográfica e de trabalho dos participantes do estudo.	 32
 Tabela 2. Condições de saúde dos participantes do estudo, utilização de medicamentos e tipo de serviços de saúde.	 33

RESUMO

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) têm se destacado por sua visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado, pela desmedicalização da atenção à saúde e pelas contribuições para o autocuidado e autonomia. A incorporação das PICs no processo de cuidado relaciona-se diretamente às transformações no campo da saúde pública e ao fortalecimento das propostas de promoção da saúde. No contexto da atenção à saúde dos servidores públicos federais, as PICs têm sido incorporadas como estratégias para a promoção da saúde. O objetivo geral do estudo foi analisar as motivações de servidores de instituição federal de ensino para a utilização da Terapia Reiki e as contribuições da prática integrativa para a promoção de saúde do trabalhador. O Reiki é uma prática de origem japonesa de imposição de mãos sobre o corpo com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde e promover a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais. O cenário da pesquisa é uma unidade de referência do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) vinculada à universidade federal da Região Sudeste. Os participantes da pesquisa foram 24 usuários da Terapia Reiki em atendimento na Unidade SIASS. Trata-se de estudo com metodologia qualitativa desenvolvido com utilização de questionário para caracterização dos participantes e entrevistas semiestruturadas. A análise temática guiou o tratamento dos dados e a construção de duas categorias: 1) Diferentes compreensões da saúde; 2) Reiki na Unidade SIASS. Dentre os participantes predominaram mulheres (80%), pessoas na faixa etária de 31 a 60 anos (80%), em união (50%), católicos/espíritas (42%), com ensino superior (72%), que desempenhavam funções administrativas (58%) e trabalhavam 40 horas semanais (82%). Os servidores utilizavam o Reiki de modo complementar e integrativo à outras práticas de cuidado. O estudo permitiu o mapeamento de críticas ao modelo biomédico e identificação de diferentes racionalidades médicas no campo da saúde. Os participantes teceram críticas às formas alopáticas e biomédicas de cuidado e à falta de vínculo e empatia de alguns profissionais de saúde. As motivações para buscar o Reiki relacionam-se às condições de saúde dos trabalhadores, aos relatos positivos de outros usuários e a oferta da terapia na Unidade SIASS. Os benefícios relatados foram: melhorias nas condições de saúde, construção de vínculos com as terapeutas, sensação de paz e tranquilidade e suporte para o autoconhecimento. O estudo revelou que a inserção da terapia Reiki na Unidade SIASS garante acessibilidade às PICs, amplia as possibilidades de cuidado ao servidor público federal e contribui com a desmedicalização da atenção à saúde.

Descritores: Terapias Complementares; Reiki; Saúde do Trabalhador; Promoção da saúde.

ABSTRACT

Integrative and Complementary Practices (PICs) have been distinguished by their expanded vision of the health-disease-care process, by the demedicalization of health care and by the contributions to self-care and autonomy. The incorporation of PICs in the care process is directly related to the changes in the field of public health and to the strengthening of health promotion proposals. In the context of health care for federal civil servants, PICs have been incorporated as strategies for health promotion. The general objective of the study was to analyze the motivations of federal educational institution servers for the use of Reiki Therapy and the contributions of the integrative practice for the promotion of worker health. Reiki is a practice of Japanese origin of laying hands on the body in order to stimulate the natural mechanisms of health recovery and promote harmonization between the physical, mental and spiritual dimensions. The research scenario is a unit of reference of the Integrated Subsystem of Attention to Health of the Server (SIASS) linked to the federal university of the Southeast Region. The research participants were 24 users of Reiki Therapy in attendance at the SIASS Unit. It is a study with a qualitative methodology developed using a questionnaire to characterize the participants and semi-structured interviews. Thematic analysis guided the treatment of data and the construction of two categories: Different understandings of health; Reiki in the SIASS Unit. Among the participants were women (80%), people aged between 31 and 60 years (80%), union (50%), catholics and spiritist (42%), and higher education (72%). (58%) and worked 40 hours a week (82%). Servers use Reiki in a complementary and integrative way to other care practices. The study allowed the mapping of critiques to the biomedical model and identification of different medical rationalities in the health field. Participants criticized the allopathic and biomedical forms of care and the lack of attachment and empathy of some health professionals. The motivations for seeking Reiki relate to the health conditions of the workers, the positive reports of other users and the offer of therapy in the SIASS Unit. The benefits reported were: improvements in health conditions, building links with therapists, feeling of peace and tranquility, and support for self-knowledge. The study revealed that the insertion of Reiki therapy into the SIASS Unit guarantees accessibility to PICs, increases the possibilities of care for the federal public servant and contributes to the demedicalization of health care.

Key words: Complementary Therapies; Therapeutic Touch; Occupational Health; Health Promotion.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	7
LISTA DE FIGURAS, QUADRO E TABELAS	9
RESUMO	10
ABSTRACT	11
APRESENTAÇÃO	13
1. INTRODUÇÃO	15
2. OBJETIVOS	24
2.1. Objetivo Geral	24
2.2. Objetivos Específicos	24
3. METODOLOGIA	25
3.1 Cenário do estudo	25
3.2 Participantes da pesquisa	27
3.3 Instrumentos para construção de dados	28
3.4 Análise dos dados	29
3.5 Aspectos éticos	30
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1 Perfil dos participantes do estudo	32
4.2 Diferentes compreensões da saúde	35
4.2.1 Críticas ao modelo biomédico	36
4.2.2 Racionalidades Médicas e Concepção de Saúde	39
4.3. Reiki na Unidade de Referência	48
4.3.1 Motivações para buscar o Reiki	48
4.3.2 Condições de Saúde dos trabalhadores	53
4.3.3 Benefícios do Reiki para o trabalhador	59
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	66
ANEXO A PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	766
APÊNDICE A POSIÇÕES DE APLICAÇÃO DA TERAPIA REIKI	788
APÊNDICE B QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS DA TERAPIA REIKI	822
APÊNDICE C ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS DO REIKI	844
APÊNDICE D TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	855

APRESENTAÇÃO

Se você sabe explicar o que sente, não ama. O amor foge de todas as explicações possíveis.
Carlos Drummond de Andrade.

A grande e principal motivação na escolha do mestrado profissional em Saúde do Trabalhador foi o desejo de desenvolver um projeto que me desse prazer e alegria ao fazê-lo e que me permitisse falar da terapia Reiki e os seus benefícios na promoção da saúde.

A pesquisa é o resultado de alguns anos de trabalho com as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, o Reiki. Práticas que fazem parte da minha vida, do que eu acredito e utilizo para me manter bem e saudável. E tento levar para minha família, amigos e os pacientes que eu atendo na Unidade de Referência (UR) do Subsistema Integrado de atenção à Saúde do Servidor (SIASS), como terapeuta Reikiana.

Minha formação acadêmica é em Letras, e sempre gostei muito de ler, de poesia, sonetos, versos e rimas. Eu acreditava que seria professora de literatura, mas a vida me levou para outros caminhos. Caminhos incríveis de descobertas e encontros.

Encontrei o “Reiki”, em um momento de muita fragilidade e questionamentos. Foi o encontro mais fantástico da minha vida, um divisor de águas. Com o Reiki veio, também, o encontro com o Taoísmo, filosofia chinesa. Encontrei o que buscava. Nada mais seria como antes. Minha vida mudou, eu mudei. Novos horizontes se abriram para mim.

Pouco a pouco a literatura e a poesia foram substituídas por novos estudos, leituras, aprendizados. Ainda aprecio muito a poesia. Para mim “o poeta é um fingidor. Finge tão completamente, que chega a fingir que é dor, a dor que deveras sente”. (Fernando Pessoa).

Fiz o curso de instrutores de Tai Chi Chuan (estilo Yang) em São Paulo, paralelamente ao curso de Terapia Corporal Neo-Reichiano, pelo Instituto Lumen, em 2006, que contribui para entender nossas emoções através do nosso corpo. Como disse o grande poeta Carlos Drummond de Andrade, “Nada está separado de nada, e o que não compreenderes em teu próprio corpo, não compreenderá em nenhuma parte”. Estudei um pouco de Acupuntura, me apaixonei. Fiz tratamento

um tempo, com um acupunturista, com uma mistura étnica e cultural muito singular: francês com vietnamita, uma figura ímpar!

Quando soube do Reiki na Unidade de Referência do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do servidor (SIASS) por intermédio de uma colega de trabalho, procurei pelo atendimento, fui bem atendida e fiz o tratamento.

A minha relação com a terapeuta Reikiana foi além do ambiente de trabalho, nos tornamos amigas. Quando ela se aposentou, eu me candidatei para a vaga do Reiki e, depois de algum tempo, fui transferida para a Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS), como Terapeuta Reikiana, em 2008. Alguns meses depois, a Adelita veio se juntar ao trabalho do Reiki, como uma amiga muito querida.

Quando penso em uma definição sobre o Reiki, acho difícil e complexo encontrar palavras, conceitos, ideias que conseguissem realmente cumprir essa função. Pensando em todos os seus benefícios, não apenas em minha vida, mas, de tantas outras pessoas, em especial as que fazem parte deste estudo, penso que uma única palavra é o suficiente para defini-lo: Amor.

Alguns entraves para a continuidade do Reiki na Unidade de Referência SIASS impactaram no andamento do projeto de pesquisa tendo em vista que, após a banca de defesa, novamente foi revisto o projeto inicial para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Assim, a presente dissertação é resultado de inúmeros esforços para a continuidade do Reiki e, também, para a compreensão de suas contribuições para a saúde do servidor atendido.

1. INTRODUÇÃO

O amor, o trabalho e o conhecimento são as fontes de nossa vida. Deveriam também governá-la.
Wilhelm Reich

A presente dissertação estrutura-se a partir de aportes teóricos sobre as possibilidades de articulação entre práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) e promoção da saúde do trabalhador.

As medicinas alternativas e complementares em saúde se desenvolveram muito nas últimas décadas, atraindo a atenção e o interesse para novas formas de tratamento de concepção holística. De acordo com Souza e Luz (2009, p. 394), “essas escolhas culturais e terapêuticas apontam para transformações nas representações de saúde, doença, tratamento e cura presentes no processo de transformação da cultura”.

Mudanças sociais e culturais foram significativas para que novas práticas terapêuticas surgissem. Otani e Barros (2011, p. 1802) apontam alguns aspectos que influenciaram a expansão das terapias alternativas: “mudança do perfil de morbimortalidade; o aumento das doenças crônico-degenerativas; insatisfação com o sistema de saúde; críticas à relação assimétrica de poder entre médicos e pacientes; falta de informação sobre os efeitos colaterais dos medicamentos e intervenções cirúrgicas”.

Para Tesser (2010), o modelo biomédico, de “perspectiva reducionista e biologista”, não supre às necessidades do “doente” em seu processo de tratamento e cura, em sua integralidade, pois:

[...] ignora muitas vezes as interligações e conexões, por vezes sutis, da vida vivida nas suas várias dimensões com os adoecimentos, bem como vários mistérios, desafios e transformações existenciais envolvidos na experiência do adoecimento e do cuidado, sua significação e possíveis aprendizados humanos, espirituais, filosóficos e vitais (TESSER, 2010, p. 24).

Na compreensão de Czeresnia (2003, pg. 46), “o discurso médico científico não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer, pois a saúde não é objeto que se possa delimitar, não se traduz em um único conceito científico, da mesma forma que o sofrimento que caracteriza o adoecer”.

Na leitura de Luz (2005), a desigualdade social e a pobreza de países em desenvolvimento acabam gerando uma crise sanitária que motivará, indiretamente,

a busca de outras racionalidades em saúde pelas populações. A autora afirma que “as medicinas alternativas incentivam a autonomia face o processo de adoecimento facilitando um projeto de construção (ou de reconstrução) da própria saúde” (LUZ, 2005, p. 163).

Outro aspecto relevante abordado é a medicalização social que, segundo Tesser e Barros (2008, p. 915), “diminui o potencial cultural das pessoas para lidar com situações de sofrimento, enfermidade, dor e morte”. Os autores apontam as PICs como uma nova proposta terapêutica e de (des) medicalização.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou a “Estratégia da Organização Mundial da Saúde sobre a Medicina Tradicional 2002-2005” e “2014-2023”, e um dos seus objetivos é a integração da medicina/tradicional e medicina complementar e alternativa aos sistemas de saúde nacionais (OMS, 2002). Segundo a OMS (2002), a Medicina Tradicional em Saúde é composta por:

[...] práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades. (OMS, 2002, p. 7).

O Ministério da Saúde (MS), em consonância com as orientações da OMS (2002), através da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, institui a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando o indivíduo na sua dimensão global – sem perder de vista a sua singularidade, quando da explicação de seus processos de adoecimento e saúde - a PNPIC corrobora para a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a interação das ações e serviços existentes no SUS. (BRASIL, 2006b, p. 5).

A PNPIC considera as seguintes PICs: Medicina Tradicional Chinesa (MTC), Homeopatia, Medicina Antroposófica, Termalismo e a Fitoterapia, e outras abordagens terapêuticas da MTC (Liang Gong, Chi kung, Tai chi chuan), o Reiki etc. (BRASIL, 2006b).

Com uma ampla concepção de saúde e de possibilidades terapêuticas, a PNPIC reconhece diferentes Racionalidades Médicas e suas contribuições para a promoção da saúde (BRASIL, 2006b). A articulação entre PICs e promoção da saúde deriva, sobretudo, da concepção ampliada de saúde que sustenta as propostas de promoção e advoga pelo diálogo de técnicos e populares e os recursos

públicos e privados para seu incremento (BUSS, 2003).

Nesta dissertação, o enfoque é dado ao Reiki, que é uma terapia integrativa e complementar muito utilizada em todo o mundo e foi incluído na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), através da portaria n. 849, de 27 de março de 2017. Na elaboração da PNPIC, houve levantamento da distribuição das modalidades de Práticas Complementares nos estados e municípios brasileiros e o Reiki foi destacado em primeiro lugar com o maior número de atendimentos (BRASIL, 2006b).

Segundo Kessler (1998), o Reiki é a energia de todo o processo da vida. A palavra Reiki, em japonês é traduzida como “Energia Vital Universal”. As línguas orientais usam ideogramas e não letras, o que gera dificuldade na tradução para as línguas ocidentais.

Petter (2013, p.13), afirma que o “Reiki não é uma filosofia ou religião. Entretanto, ele surgiu da língua e da cultura japonesa”. A tradução da palavra “Reiki” consiste em dois ideogramas, “Rei”, que pode ser entendido como universal, e “Ki” como energia, que permeia toda a vida humana, e a natureza (KESSLER, 1998; PETTER, 2013).

O Reiki é um sistema de cura natural, através da imposição das mãos, que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde, ele proporciona benefícios além do corpo físico, pois, atua nos corpos sutis e energéticos. A terapia contribui para a promoção da saúde e o autoconhecimento, estimula a energização de todo o corpo (SADER, 2012; PETTER, 2013; KESSLER, 1998).

O Reiki é uma terapia complementar, não dispensa os tratamentos convencionais, ele os complementa, ajudando o paciente em seu processo de auto cura (PALOTTA, 1999). Por ser um tratamento simples, sem contraindicação e barato, é uma terapia que se propaga a cada dia, em vários segmentos da área da saúde, pública, particular, instituições religiosas, organizações não governamentais (ONGs), etc, (DE’ CARLI, 2013).

Segundo De’ Carli (2013, p. 30), “O Reiki existe, e é tão real e natural quanto a eletricidade e o magnetismo. Existe e pode ser usado mesmo que o usuário não tenha conhecimento sobre a técnica e seja cético em relação aos resultados de sua aplicação “. O Reiki pode ser usado em animais e plantas.

A história do Reiki tradicional começa na metade do século XIX, com Mikao

Usui e se entrelaça entre duas culturas tão distintas entre si: oriente e ocidente. Nessa transição e com o tempo, algumas informações sofreram modificações. Hawayo Takata trouxe o Reiki para o ocidente na década de 1940 e foi difundido por seus alunos (PALOTTA, 1999; KESSLER, 1998; SADER, 2012; PETTER, 2013; STEIN, 2017).

Na versão de Takata, a história de Mikao Usui e do Reiki é permeada por elementos característicos do ocidente e cristianismo. Até recentemente a versão oficial para os ocidentais era a de que Mikao Usui era um padre cristão, que foi reitor de uma universidade e seu objetivo era descobrir como Jesus curava com as mãos. Há poucos documentos originais sobre Usui e o Reiki em suas origens (KESSLER, 1998; PALOTTA, 1999; PETTER, 2013).

De acordo com Petter (2013), nos últimos anos, novos estudos surgiram sobre o Reiki, com uma abordagem e um histórico diferente do ocidente. Segundo esses estudos, Mikao Usui era um monge budista. Seu nascimento foi em 15 de agosto de 1865, em Taniai, no distrito de Yamagata, atualmente localizado perto de Nagoya.

Mikao Usui decidiu fazer um retiro de 21 dias para meditar no monte Kurama em busca de respostas. “No 21º dia de meditação, através de uma luz espiritual poderosa Usui Sensei alcançou o Satori, ou a experiência de iluminação. Ele a chamou de Reiki” (PETTER, 2013, p. 51).

Petter (2013) relata que Usui Sensei começou a usar o Reiki para o seu bem-estar e seus familiares. Criou uma associação de cura com o nome de “Usui Reiki Ryoho Gakkai”, em Tóquio, inaugurou uma nova clínica em Harajuku, Aoyama, onde ensinava e ministrava os tratamentos de Reiki.

De acordo com Petter (2013), Chugiro Hayashi foi discípulo de Mikao Usui, recebendo o grau de Gran Mestre do Reiki, de Mikao Usui. Hayashi fundou sua própria associação Hayashi Shiki Reiki Ryoho. O método de Reiki desenvolvido por ele inclui tratamento de várias enfermidades.

Os autores apontam que Hawayo Takata nasceu na ilha de Kauai no Hawaii, era americana e filha de japoneses. Com diagnóstico de doença grave, recebeu a cura com o tratamento diário de Reiki, na clínica de Hayashi. Takata foi iniciada por Hayashi, em 1936, e fundou a primeira clínica de Reiki no ocidente, no Hawaii em 1937. Takata foi iniciada no grau de Mestre de Reiki, em 1938, e recebeu o grau de Grande Mestre de Reiki em 1941, tornando-se a sucessora de Hayashi (PALOTTA,

1999; KESSLER, 1998).

De acordo com Palotta, (1999), a divulgação e a prática do Reiki no Brasil foram iniciadas em 1983, por intermédio do Dr. Egídio Vecchio, no Instituto Erick Berne, em Niterói-RJ. Claudete França, uma de suas colaboradoras fez seu mestrado em Reiki na Califórnia. A Associação Brasileira de Reiki foi fundada pela mestre de Reiki Claudete França com o apoio de alguns psicólogos e reikianos.

O Reiki possui uma hierarquia. Uma linhagem de Mestre de Reiki. Para se tornar um reikiano é necessário fazer a iniciação ou sintonização com um Mestre de Reiki qualificado para isso. É importante conhecer a linhagem do Mestre de Reiki (PALOTTA, 1999; KESSLER, 1998; DE' CARLI, 2013).

O processo de iniciação é a limpeza dos chacras energéticos (cardíaco, laríngeo, frontal e coronário) e dos chacras das mãos realizada pelo Mestre de Reiki. A energia Rei circula nos chacras através da sintonização (PALOTTA, 1999; SADER, 2012; DE' CARLI, 2013).

De acordo com os autores, o Reiki tradicional ligado à Mikao Usui é dividido em quatro níveis: Usui 1, 2, 3-A, 3-B. O Nível I, é considerado o “despertar”, é o início do processo de iniciação, onde será estabelecida a conexão com a energia Rei. O Nível II é a “transformação”, neste nível o reikiano receberá os mantras e os yantras (símbolos energéticos), que ampliarão sua percepção. O Nível III A é a “realização”. Esse nível está voltado para ações coletivas, onde o reikiano recebe mais um mantra e mais um yantra. O Nível III B, é o “Mestrado”, o reikiano poderá iniciar outras pessoas. A formação inclui o aprendizado de como efetuar os rituais de iniciação (KESSLER, 1998; PALOTTA, 1999; SADER, 2012).

Os autores afirmam que a iniciação promove limpeza profunda nos corpos físico, energético e durante o período de 21 dias após a iniciação algumas reações curativas no corpo físico podem surgir (cansaço, náuseas, diarreia), e sensações de tristeza, vontade de chorar, memórias antigas vem à tona etc. (SADER, 2012; DE' CARLI, 2013).

A palavra chacra é de origem sânscrita (língua da Índia) e significa roda, segundo a cultura indiana são pequenos vórtices de energia, com uma cor específica para cada um, presente em nossos corpos energéticos, que tem a função de captar e distribuir a energia através de canais de energia chamados nadis, irradiando para todo o nosso corpo físico e energético (DE' CARLI, 2013; STEIN, 2017).

De' Carli (2013) considera que a importância dos chakras para nossa saúde relaciona-se as funções que eles desempenham, o chakra básico está relacionado ao corpo físico, o chakra sacro à sexualidade, o do plexo solar as relações interpessoais, o cardíaco aos sentimentos, o laríngeo à comunicação, o frontal ao mental superior e o coronário com o “eu superior”, a energia do Reiki flui através deles. De acordo com Stein (2017), a nossa saúde tanto física, mental, emocional, depende do equilíbrio dos chakras. O estresse, a má alimentação, o sedentarismo, dentre outros fatores, afeta esse equilíbrio. A Figura 1 traz a representação dos chakras.

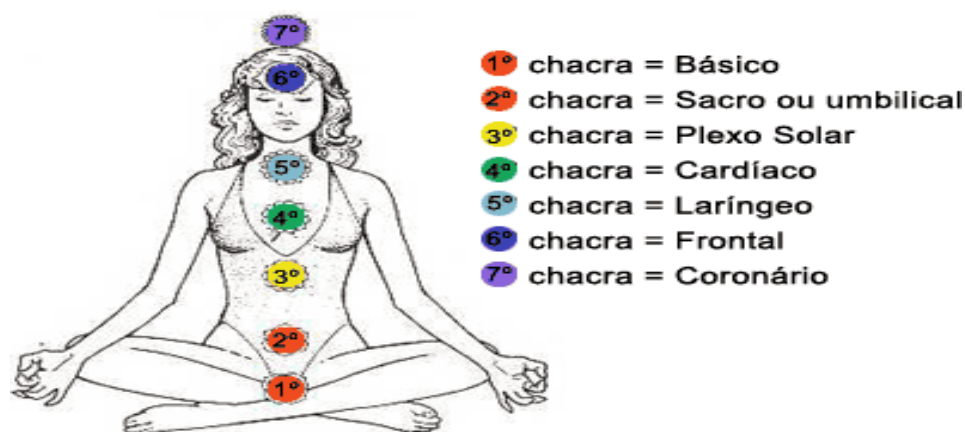


Figura 1 – Chakras.

Fonte: <http://marigeuer.com/equilibrio/chakras-nossos-orgaos-espirituais>.

O Reiki é aplicado pelo toque das mãos em determinadas posições. No Apêndice A, há imagens das posições, cedidas pelo Reiki Master Eduardo Isaac Rodrigues. As posições não são uma determinação, apenas uma sugestão, devido diferentes métodos de Reiki e mestres, com várias possibilidades a serem usadas.

A incorporação das PICs no processo de cuidado relaciona-se diretamente às transformações no campo da saúde pública e ao fortalecimento das propostas de promoção da saúde. Neste sentido, as perspectivas de redirecionar as práticas de saúde, a partir das últimas décadas, vêm articulando-se em torno da ideia de promoção da saúde (CZERESNIA, 2003).

Neste estudo, nos interessa abordar as contribuições da terapia Reiki para a saúde do trabalhador. Trata-se de abordagem para a qual convergem duas perspectivas inovadoras: a das práticas integrativas e a saúde do trabalhador.

Quanto à saúde do trabalhador, a partir da década de 1970, os conceitos e perspectivas teóricas foram reformulados com contribuições da medicina social

latino-americana e da saúde coletiva, com enfoque no processo saúde-doença e nas relações com o trabalho. “A saúde do trabalhador representa um campo de práticas e estratégias para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos” (LACAZ, 2000, p. 57).

Contemporaneamente, sua área de atuação dialoga profundamente com a saúde coletiva: a promoção, a prevenção e a vigilância. Segundo Lacaz (2000), as condições e a organização do trabalho acarretam várias doenças e distúrbios tanto físicos como psíquicos para o trabalhador.

Na visão de Ferreira e Matos (2013), os processos de intervenção que envolvem o trabalhador e sua saúde passaram por diferentes estágios: segurança do trabalhador; medicina do trabalho; saúde ocupacional, até culminar com o campo saúde do trabalhador, que tem um olhar direcionado para o bem-estar físico e mental do indivíduo em seu ambiente laboral.

De acordo com Lacaz (2007), as propostas internacionais suscitadas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários (Alma-Ata, 1978) e na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Ottawa, 1986) impactam na compreensão e organização da atenção à saúde do trabalhador. Em 1983, a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) lança o documento “Programa de Acción en La Salud de los Trabajadores”, com diretrizes para a implantação de programas em saúde na rede pública para os trabalhadores.

Segundo Westphal (2007), a Carta de Ottawa é significativa para a promoção da saúde, pois, sedimenta uma concepção ampliada de saúde e destaca o processo da capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. As propostas da promoção da saúde são voltadas para as políticas públicas saudáveis; os ambientes favoráveis à saúde; a ação comunitária; desenvolver as habilidades pessoais e reorientar o sistema de saúde (BRASIL, 2006a; BUSS, 2003).

Em 2006, através da Portaria MS/GM 687, o Ministério da Saúde (MS) formalizou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), articulando e reforçando diversas iniciativas (BRASIL, 2006a).

Através da Portaria n. 1823, de 23 de agosto de 2012, é instituída a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT). Essa política alinha-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos

determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

Costa et al. (2013, p. 12) “apontam as dificuldades e entraves que dificultam ações mais efetivas na atenção à saúde do trabalhador que envolva assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho e a melhoria dos indicadores nacionais”.

Segundo Ferreira e Matos (2013), há uma conexão entre as propostas da promoção da saúde e a saúde do trabalhador, pois o trabalho é um dos determinantes no processo de saúde-doença e intervenções são necessárias para melhorar as condições de trabalho, visando o bem-estar, e qualidade de vida do trabalhador.

De acordo com Martins et al. (2016), o momento de conquistas; reivindicações e os avanços no campo da Saúde do Trabalhador propiciou discussões entre o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG) e representantes de diferentes segmentos políticos sobre a necessidade de elaborar uma política de saúde específica para os servidores públicos da União, pois estes são regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU).

O MPOG institui, em 2006, o Sistema de Saúde Ocupacional do Servidor Público (SISOSP), que foi reformulado e substituído pelo Subsistema Integrado de atenção à Saúde do Servidor (SIASS), para implantação da Política de Assistência à Saúde do Servidor (PASS). Instituído pelo Decreto nº 6.833 de 29 de abril de 2009, o SIASS, “tem por objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal” (BRASIL, 2009, p. 01).

Tais diretrizes destinam-se a subsidiar projetos e políticas de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho. “A relação trabalho-saúde pressupõe interdisciplinaridade e participação dos trabalhadores como sujeitos ativos e centrais na transformação dos processos de trabalho” (MARTINS et al., 2016, p. 1431).

Neste sentido, as PICs, em especial a Terapia Reiki, constituem-se como importantes estratégias para promoção da saúde do servidor no contexto do SIASS. As iniciativas são inovadoras no contexto da saúde do trabalhador e, também, na seara das contribuições das PICs na promoção da saúde.

As terapias integrativas estão, desde a PNPIC, ocupando mais espaço no SUS e têm contribuído positivamente na promoção da saúde do trabalhador por sua visão holística do homem, que interage com o seu meio ambiente e social, influenciando e sendo influenciado por ele (CAPRA, 2003).

O Ministério da Saúde, em 2003, instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo de humanizar as relações entre os usuários, profissionais de saúde e os gestores, por meio da transversalidade; corresponsabilidade e autonomia (BRASIL, 2003). A PNH reconhece a importância de instituir canais de escuta dos usuários e valorização das relações de vínculo entre trabalhadores e usuários do SUS, elementos em sinergia com as PICs.

Outro aspecto a ser destacado é o fato de que, desde 2002, a Unidade de Referência (UR) do SIASS que constituiu o cenário do estudo oferece a Terapia Reiki, antes mesmo da elaboração da PNPIC. Com a recente implantação da PNPIC, ainda são poucos estudos no Brasil sobre a temática. Espera-se, assim, sistematizar os estudos realizados por outros pesquisadores e delinear as contribuições específicas de nosso trabalho.

Os objetivos do estudo são apresentados no item 2. Em seguida, no item Metodologia são descritos o método, o cenário do estudo, os participantes, os instrumentos empregados na construção dos dados e a forma de análise.

O item Resultados e Discussão está organizado em 3 subitens. No primeiro é apresentado o perfil dos participantes do estudo com ênfase nas características sócio demográficas e na condição de saúde por eles referida.

No segundo subitem, intitulado “Diferentes compreensões da saúde” são analisadas as críticas dos participantes ao modelo biomédico e, em seguida, as racionalidades médicas que permitem compreender o modo como as PICS representam uma nova forma de abordagem da saúde.

O terceiro subitem trata do “Reiki na Unidade SIASS”. Nele são abordadas as motivações para buscar a Terapia Reiki, as condições de saúde dos trabalhadores e os benefícios do Reiki na perspectiva dos servidores participantes do estudo. Ao final, o item Considerações Finais sintetiza os achados da pesquisa.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar as motivações de servidores de instituição federal de ensino para a utilização da Terapia Reiki e as contribuições da prática integrativa para a promoção de saúde do trabalhador.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sócio demográfico e as condições de saúde de servidores de instituição federal de ensino superior atendidos pelo Reiki na Unidade SIASS;
- Analisar as percepções de saúde e corporeidade dos usuários do Reiki e as relações com a adesão às práticas integrativas e os impactos na condição de saúde.
- Compreender as contribuições da Terapia Reiki para a saúde do trabalhador da Unidade SIASS.

3. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória desenvolvida com metodologia qualitativa. Segundo Minayo (2010), o método qualitativo permite o estudo de problemas de pesquisa nos quais valoriza-se a compreensão dos participantes, prima-se pela ótica dos sujeitos.

A abordagem qualitativa propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Ela preocupa-se com a compreensão da ação social, com a relação do significado subjetivo atribuído pelos indivíduos, prioriza o comportamento dos atores e é orientada por ele na sua realização (MINAYO, 2010).

O método qualitativo foi importante para o presente estudo, pois propiciou a investigação acerca das contribuições do Reiki para a promoção da saúde do trabalhador, as motivações para a escolha do Reiki como uma abordagem que tem como foco central a saúde e o bem-estar e os benefícios percebidos com a terapia Reiki na visão dos atores envolvidos no processo.

3.1 Cenário do estudo

O estudo foi realizado na diretoria de saúde do servidor de uma Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) da região Sudeste do Brasil. A diretoria tem como foco principal planejar, implementar, promover e gerenciar ações de atenção integral à saúde e a qualidade de vida dos servidores da IFES e de outras instituições federais, de acordo com as propostas do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Federal (SIASS).

A Diretoria é vinculada à pró-reitoria de gestão de pessoas e abrange vários setores ligados à saúde: Segurança do Trabalho, Saúde Suplementar, Saúde Ocupacional referente aos exames periódicos, Perícia em Saúde e o Setor Integrado de Ações de Promoção à Saúde (SIAPS) no qual o Reiki está inserido.

O Setor integrado de Ações de Promoção à saúde (SIAPS), em consonância com as propostas do SIASS, oferece várias propostas de promoção à saúde do servidor, tais como: acolhimento psicossocial; cursos para a qualidade de vida no trabalho, gestão de finanças e preparação para aposentadoria, programas de saúde voltados à prevenção de doenças crônicas e de Saúde Mental.

A criação da Unidade SIASS ocorreu, em 2010, por Acordo de Cooperação

Técnica entre o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e a Universidade que a sedia. De acordo com o termo de cooperação, a Unidade SIASS acolhe as demandas de diversos órgãos federais, dentre os quais: Ministério da Fazenda (MF), Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto Federal de Educação e Tecnologia (IFET), Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Polícia Federal (PF), Polícia Rodoviária Federal (PRF), Advocacia Geral da União (AGU), Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis (IBAMA).

A Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) iniciou a oferta da Terapia Reiki em 2002, por intermédio de uma enfermeira do Hospital de Clínicas que atuava com práticas naturais (Reiki, fitoterapia e massagem). Posteriormente, a enfermeira foi transferida para a Diretoria onde implantou a oferta do Reiki aos servidores.

No campo da saúde do servidor público federal são poucas as Unidades de Referência (UR) do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) que oferecem tais práticas. Na Unidade de Referência estudada, é importante destacar que o Reiki já era ofertado antes mesmo da reorganização proposta pelo SIASS e da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.

O Setor Integrado de Ação de Promoção da Saúde (SIAPS) é o setor responsável por organizar, elaborar e divulgar as ações de promoção da saúde do servidor na UR SIASS. O SIAPS desenvolve vários programas, projetos e ações direcionadas à saúde do servidor. O Reiki faz parte dessas ações que visam o bem-estar do servidor.

No relatório da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas que compreende o período de 2013-2016, dentre as ações desenvolvidas pelo SIAPS, as PICs ocupavam segundo lugar com o maior número de atendimentos precedidas pelas consultas em psiquiatria.

Em agosto de 2017, surgiram desafios para a continuidade do Reiki na Unidade SIASS em decorrência das terapeutas reikianas serem concursadas para outras funções. Diante do cenário atual, com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), com a inserção das PICs no SUS, e na rede municipal de saúde por meio do Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CRPICs), e a valorização das mesmas, interromper o atendimento do Reiki seria um retrocesso. Além disso, diante da elevada demanda

que gera lista de espera, é necessário pensar uma forma de ampliar as atividades, para atender um maior número de servidores, além de inserir outras PICs na atenção à saúde do servidor.

Um dos grandes entraves para tal ampliação é o provimento de trabalhadores com formação para atuar com as PICs, também tendo em vista que não há diretriz com relação às PICs na Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) e permanece a ênfase em trabalhadores da saúde com funções atreladas à assistência biomédica, assistencial e curativa.

Atualmente, para a manutenção do Reiki na UR SIASS, foi construído projeto pelo Sindicato dos Trabalhadores Técnico – Administrativos, com a colaboração do Mestre de Reiki Eduardo Isaac Rodrigues, vinculado à Pró-Reitoria de Extensão e Cultura. O trabalho desenvolvido com o Reiki atualmente é o previsto no projeto.

3.2 Participantes da pesquisa

Participaram do estudo os servidores que são usuários do Reiki na UR SIASS. Os critérios de inclusão foram: ser atendido na terapia Reiki, no mínimo há três meses e/ou já ter sido atendido anteriormente e ter recebido alta recente; independente da terapeuta reikiana responsável pelo atendimento; de gênero; etnia; escolaridade; função; tempo de atuação e lotação na IFEs.

Tais critérios visaram garantir a diversidade dos usuários envolvidos na pesquisa de modo a abranger olhares múltiplos sobre as motivações e potencialidades das PICs e suas contribuições na promoção da saúde do trabalhador. Os critérios de exclusão foram: estar em afastamento por motivos de saúde ou férias.

A amostra foi intencional e guiada pela saturação teórica segundo a qual a necessidade de reduzir ou ampliar o número total de participantes depende da obtenção de dados necessários à concretização dos objetivos propostos (FONTANELLA et al., 2011).

O projeto de pesquisa previa a participação de trinta servidores. Considerando a saturação teórica o total de participantes no estudo foi de vinte e quatro servidores. Os dados referentes aos participantes estão organizados no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes do estudo segundo sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, tipo de função e tempo de atendimento no Reiki.

Participante	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Tipo de função	Tempo Reiki	Religião
ENT 01	Fem.	65	Divorciada	Fundam.	Aux. limpeza	8 anos	Católica
ENT 02	Mas.	33	Solteiro	Espec.	Secretário	4 anos	Espírita
ENT 03	Fem.	44	Em União	Mestre	Aux. Enf.	10 anos	Católica
ENT 04	Mas.	40	Solteiro	Superior	Secretário	1 ano	Católica
ENT 05	Fem.	55	Divorciada	Superior	Secretária	3 meses	Espírita
ENT 06	Fem.	50	Casada	Doutora	Docente	1 ano	Católica
ENT 07	Fem.	58	Casada	Superior	Ass. Adm.	3 anos	Espírita
ENT 08	Mas.	27	Casado	Superior	As. Adm.	1 ano	Espírita
ENT 09	Mas.	34	Casado	Superior	As. Adm.	2 anos	Espírita
ENT 10	Fem.	53	Divorciada	Superior	As. Adm.	2 anos	Espírita
ENT 11	Fem.	62	Viúva	Técnico	Téc. Enf.	8 anos	Católica
ENT 12	Fem.	36	Divorciada	Superior	Enfermagem	6 meses	Sem religião
ENT 13	Fem.	35	Solteira	Doutora	Téc.Lab.	1 ano	Católica
ENT 14	Fem.	52	Casada	Superior	Téc.Lab.	18 meses	Católica
ENT 15	Fem.	52	Solteira	Superior	As. Adm.	3 anos	Católica
ENT 16	Fem.	50	Casada	Superior	As. Adm.	3 anos	Espírita
ENT 17	Fem.	28	Solteira	Superior	Secretária	3 meses	Sem religião
ENT 18	Mas.	53	Casado	Superior	As. Adm.	2 anos	Católica
ENT 19	Fem.	36	Casada	Superior	Enfermagem	5 meses	Espírita
ENT 20	Fem.	53	Divorciada	Superior	Seg. Trab.	2 anos	Evangélica
ENT 21	Fem.	38	Solteira	Superior	Aux. Adm.	2 anos	Espírita
ENT 22	Fem.	50	Casada	Superior	As. Adm.	7 anos	Católica
ENT 23	Fem.	56	Casada	Superior	Enfermagem	6 anos	Evangélica
ENT 24	Fem.	55	Em união	Mestre	Médica	3 anos	Espírita

Legenda:

ENT – Entrevistado (a); Fem. – Feminino; Masc. – Masculino; Aux. Adm.- auxiliar administrativo; Seg. Trab – Segurança do Trabalho; Tec. Adm – técnico administrativo; Téc. Lab. Técnico de Laboratório; Téc. Enf. – Técnico de enfermagem; As. Adm. – assistente administrativo.

3.3 Instrumentos para construção de dados

Na pesquisa qualitativa os instrumentos de construção de dados visam fazer mediação entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica (MINAYO, 2010). Na elaboração desta pesquisa, os instrumentos utilizados foram questionário e entrevistas com roteiro semiestruturado.

De acordo com Gil (2014), a elaboração de um questionário consiste em traduzir objetivos da pesquisa em questões específicas. O questionário visou a caracterização sócio demográfica dos participantes (Apêndice B).

O roteiro constante do Apêndice C contém a lista de questões que nortearam o Processo de entrevista. De acordo com Minayo (2010), essa lista deve ter um conjunto de questões capaz de abranger todas as faces do objeto de investigação do ponto de vista dos entrevistados. Neste estudo, o roteiro permitiu abordar a forma como cada

usuário da terapia Reiki compreende a terapia, as motivações para sua utilização e as relações que estabelecem entre as PICs e a promoção da saúde do trabalhador.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra para fins de análise. Após a transcrição, os áudios foram eliminados. A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2018.

3.4 Análise dos dados

Os dados referentes à caracterização dos participantes foram sistematizados com a estatística descritiva e apresentados em relação às frequências relativa e absoluta (GIL, 2014).

Para análise dos dados referentes às percepções dos usuários sobre o Reiki e o modo como compreendem as PICs e sua contribuição para promoção da saúde, foi utilizada a abordagem qualitativa. Tal abordagem é usada em investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para as análises de discursos e documentos. A forma mais usada para análise de dados qualitativos é a análise de conteúdo (MINAYO, 2010).

Neste estudo, adotou-se a análise de conteúdo em sua modalidade temática. A análise temática é um método para identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados. Ela organiza e descreve o conjunto de dados em ricos detalhes. A análise temática não está ligada a um quadro teórico preexistente (BRAUN; CLARKE, 2006, p. 83).

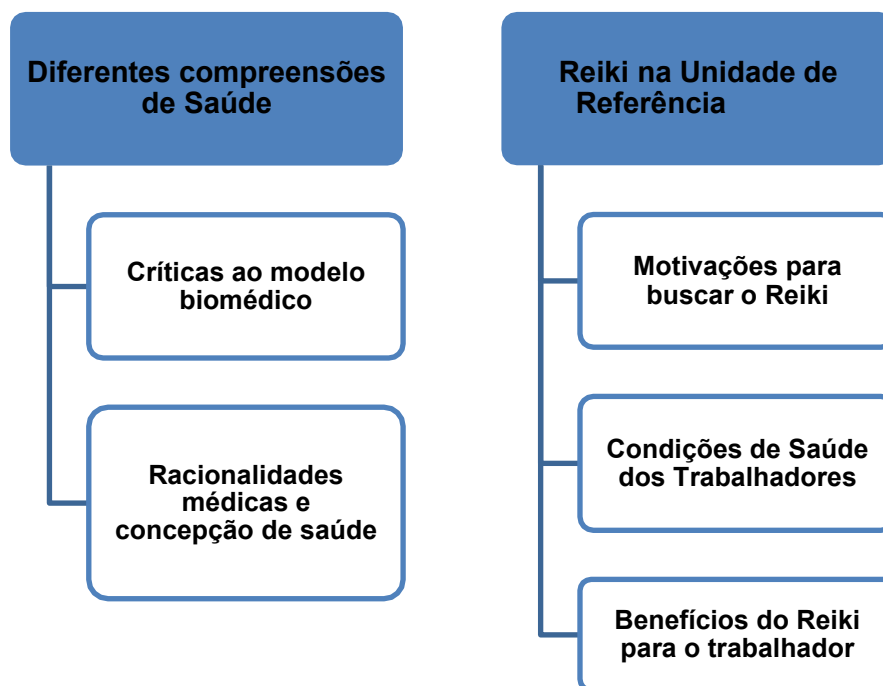
De acordo com Minayo (2010), a análise temática ocorre em três momentos distintos: pré-análise, exploração do material e tratamento de dados propriamente dito. A seleção dos documentos que serão analisados bem como acontece o exercício de se repensar as hipóteses e os objetivos inicialmente sugeridos ocorre na pré-análise. Este momento, em específico, vai da leitura flutuante (assenhorear-se do conteúdo dos dados coletados); passa pela composição do corpus (compreender e elaborar um pensamento que abarque o conjunto do material recolhido) até a elaboração e reelaboração de hipóteses e objetivos (avaliar se novos objetivos e novas hipóteses não refletiriam melhor os dados coletados).

O segundo momento seria o de exploração do material no qual procura-se obter o núcleo de compreensão dos dados. Nessa etapa, o pesquisador persegue categorias tendo em vista a sistematização dos dados coletados (frases,

expressões, etc.). Já o terceiro estágio diz respeito ao tratamento dos resultados alcançados e à interpretação com intenso diálogo com o referencial teórico.

A Figura 2 apresenta as categorias temáticas e unidades de sentido que emergiram no processo analítico e guiaram a apresentação dos resultados.

Figura 2 - Categorias temáticas e unidades de sentido.



3.5 Aspectos éticos

A pesquisa de campo iniciou-se após a aprovação deste projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), cujo CAAE é 80099117.0.0000.5154 e o parecer: 2.447.968. Para fins de conhecimento e apreciação, o parecer consubstanciado encontra-se anexo a esta dissertação de mestrado (ANEXO A).

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foi assinado após a apresentação da pesquisa e convite para participação no estudo. Foi entregue uma via do TCLE para cada participante (Apêndice D).

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada participante e em local por eles escolhido. De todos os usuários apenas quatro foram entrevistados na sala de atendimento do Reiki, os demais (20) foram entrevistados em seu setor de trabalho, em horário diverso de sua atuação e em espaço com condições de sigilo e privacidade.

Os entrevistados foram muito educados e acessíveis. Demonstraram

satisfação em colaborar com a pesquisa e o desejo que este estudo traga bons frutos para o desenvolvimento das ações do Reiki e a possibilidade de serem inseridas outras práticas integrativas na URSIASS.

Os nomes dos participantes não serão divulgados e, ao longo desta dissertação e das futuras publicações, são indicados pela expressão ENT seguida pelo número atribuído em relação à ordem de realização das entrevistas, conforme consta no Quadro 1.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Perfil dos participantes do estudo

A partir do questionário traçou-se o perfil dos servidores que são usuários do Reiki e que participaram do estudo. A Tabela 1 apresenta esse perfil.

Tabela 1. Caracterização sócio demográfica e de trabalho dos participantes do estudo.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	19	80%
Masculino	05	20%
Faixa etária		
Até 30 anos	02	08%
De 31 a 60 anos	20	84%
61 e mais	02	08%
Estado civil		
Solteiro	06	25%
Casado/Em união	12	50%
Divorciado/Viúvo	06	25%
Religião		
Católica	10	42%
Espírita	10	42%
Evangélica	02	08%
Sem religião	02	08%
Escolaridade		
Até ensino médio	02	08%
Ensino Superior	17	72%
Pós-graduação	05	20%
Tipo de Função na IFES		
Administrativa	14	58%
Serviços Gerais	01	04%
Saúde	08	34%
Docência	01	04%
Condição Funcional		
Ativo	23	96%
Aposentado	01	04%
Carga horária semanal de trabalho na IFES		
24 horas	01	04%
20 horas	01	04%
30 horas	02	08%
40 horas	20	84%
Atividade de trabalho simultânea		
Sim	02	08%
Não	22	92%

Fonte: Formulários de caracterização sócio demográfica.
Elaborado pelas autoras.

A maioria dos participantes era do sexo feminino (80%), consistente com pesquisas que demonstraram que o índice de mulheres que fazem tratamento de

saúde é mais elevado. De acordo com Botton, Cúnico e Strey (2017, p. 70) os homens usam menos os serviços de saúde, “por não serem educados para a prática do autocuidado” enquanto que a maternidade, os exames ginecológicos de prevenção e de promoção à saúde são fatores preponderantes que levam as mulheres a utilizarem mais as instituições de saúde.

A faixa etária predominante foi a de 31 a 60 anos (84%). Em relação ao estado civil, 50% estavam em união (casado/união estável). Quanto à religião, a católica e a espírita tiveram a mesma porcentagem 42%. Na visão de Murakami e Campos (2012), a religião e a fé são significativas em situações de dificuldade e dor, pois podem induzir à aceitação face aos problemas e uma atitude mais positiva para superá-los, principalmente em relação as doenças.

Com relação à escolaridade, 72% tinham ensino superior e 20% pós-graduação. Um resultado esperado visto tratar-se de uma pesquisa em uma Instituição de Ensino Superior cujo ingresso se dá por meio de concursos e que possui plano de carreira.

O tipo de função com maior número de participantes foi a de atividades administrativas (58%). Dentre os trabalhadores, 95% estavam ativos. Com relação à carga horária semanal, 82% trabalhavam 40 horas e 92% apenas na IFES, com dedicação exclusiva.

A Tabela 2 sistematiza os dados referentes à condição de saúde, utilização de medicamentos e de serviços de saúde pelos participantes do estudo.

Tabela 2. Condições de saúde dos participantes do estudo, utilização de medicamentos e tipo de serviços de saúde.

Variável	N	%
Doenças referidas		
Outras*	08	32%
Transtornos Mentais Comuns	09	36%
Hipertensão arterial	05	20%
Hipertireoidismo/Hipotireoidismo	05	20%
Câncer	03	12%
Enxaqueca	03	12%
Colesterol	02	8%
Uso de medicamentos		
Sim	18	75%
Não	06	25%
Acompanhamento de saúde		
Sim	18	75%
Não	06	25%
Possui plano de saúde		

Variável	N	%
Sim	23	95%
Não	01	05%
Instituições de saúde que utiliza		
Instituições privadas	01	05%
Saúde suplementar/Instituições públicas	23	95%

Fonte: Formulários de caracterização sócio demográfica.

Elaborado pelas autoras.

Legenda:

Outras*: artrose, diabetes mellitus, espondiloartropatia, fibromialgia, hérnia de disco, insônia, lúpus, osteoporose.

Os Transtornos Mentais Comuns (depressão, ansiedade, síndrome do pânico) se sobressaíram com 36%. Os dados corroboram com estudos que apontam a saúde mental dos trabalhadores como um dos motivos de absenteísmo do trabalho, o que gera prejuízos de ordem pessoais e institucionais (BAASCH, TREVISAN, CRUZ, 2015). Dada a magnitude das demandas em saúde mental, a Portaria SRH 1261, de 05 de maio de 2010, estabeleceu os “Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental” na administração pública federal, com o objetivo de criar ações e projetos de atenção à saúde mental dos servidores públicos federais (BRASIL, 2009).

O uso regular de medicamentos e acompanhamento de saúde foi declarado por 75% dos servidores. As questões relacionadas à saúde do servidor público suscitaram a necessidade da criação de uma política pública voltada para a saúde destes, visto o alto índice de adoecimento no setor público (BIZARRIA, TASSIGNY, FROTA, 2013).

A saúde suplementar contempla 95% dos entrevistados e 16% também utilizam instituições da rede pública e a saúde suplementar. Os recursos financeiros para garantir o acesso à saúde suplementar, assistência médica e odontológica são oriundos da administração pública e do servidor e compõem a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS) (BRASIL, 2009). No município sede da Unidade SIASS há, desde março de 2016, o Centro de Referência em Práticas Integrativas e Complementares (CRPCIS). 92% dos participantes não o conheciam e não utilizaram serviços por ele oferecidos.

A apresentação e discussão dos resultados obtidos com as entrevistas foram sistematizadas com base nas categorias temáticas e unidades de sentido e constam nos próximos subitens.

4.2 Diferentes compreensões da saúde

*Saúde? Nossa! Que pergunta difícil!
(ENT 21).*

Discorrer sobre o que é “Saúde” e a sua implicação na vida de cada um de nós ainda é um processo complexo, pois, não pensamos muito na saúde, a não ser quando não estamos bem, com alguma dor, algum mal-estar, nós estamos mais familiarizados com o conceito da doença. Segundo Batistella (2007, p. 51), “à medida que todos os esforços de investigação se concentravam na análise da doença, o conceito de saúde era negligenciado, era secundarizado, era conceituada como a “não-doença”.

O conceito de saúde-doença envolve vários aspectos: históricos, filosóficos e religiosos, o modo como o homem se relaciona com a natureza, o ambiente e entre si. Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013, p. 15) apontam que “os sentidos da saúde e da doença são ainda configurados social, histórica e cultural, sujeitos às crenças, hierarquias, juízos de valor, conhecimentos e atitudes compartilhados em um grupo”.

Na visão de Helman (1994), os valores e costumes associados à saúde e a doença fazem parte da cultura de cada povo e devem ser estudadas e analisadas dentro do seu contexto. A diversidade social e cultural propicia várias concepções acerca da saúde e da doença e possibilidades de diferentes práticas terapêuticas. De acordo com Langdon (2014, p.1027), “é a partir dos sujeitos ou grupos sociais que são construídas as articulações entre os diferentes conceitos e práticas ligadas à saúde-doença”.

Os conceitos ocidentais e orientais do processo saúde-doença são vistos e analisados por ângulos diferentes, na visão de Scliar (2007, p. 30), “a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, dependerá da época, do lugar, da classe social”.

As diferentes abordagens do conceito de saúde-doença são percebidas pelos entrevistados, e os resultados obtidos dessas práticas também, o que incentiva a procura de informações acerca do Reiki, conforme relatos abaixo:

[...] a gente começa a perceber que existem outras lógicas de tratamento, que não são aquelas que nós estamos habituados no ocidente, e que na maioria das outras práticas elas são orientais, né, de origem oriental, mas a gente começa a perceber que tem efeitos, então assim, isso é muito interessante [...] eu quis ter um

tempo pra olhar um pouco mais do Reiki, o que proporciona, enfim, entender um pouco melhor. (ENT6).

[...] eu já li muito sobre o Reiki, já pesquisei muito. (ENT5).

[...] depois que tive o contato na DIRQS eu procurei me informar mais, mas, após iniciar aqui o Reiki, eu busquei mais informações. (ENT 9).

O Reiki com os seus ensinamentos oriundos da cultura japonesa reforça a questão cultural envolvida no processo de compreensão da saúde-doença.

A diversidade de compreensões sobre a saúde permitiu a análise das narrativas dos entrevistados sobre os significados do cuidado. As unidades de sentido que compõem esta categoria temática são: Críticas ao Modelo Biomédico; Racionalidades Médicas e Concepção de Saúde.

4.2.1 Críticas ao modelo biomédico

Como será observado nos trechos das entrevistas com os usuários do Reiki, estes apresentam uma desconstrução da concepção biomédica de saúde e enunciaram a ampliação da abordagem sobre sua saúde e as formas de cuidado, percebe-se essa questão no relato abaixo:

[...] quando a gente fala de saúde a gente só pensa no físico, não pensamos que pode ter algum envolvimento na mente. (ENT. 14).

[...] a gente fica naquela ideia que saúde, que não ter saúde é só quando você está fisicamente incapaz, a gente tem uma visão muito simplista, só corpórea de saúde. (ENT. 17).

A visão da saúde-doença relacionada apenas ao “corpo físico” está estruturada na forma como se desenvolveu o pensamento biomédico moderno. O mecanicismo é a base do modelo biomédico, com concepção do mundo e do homem como uma “máquina”, e regido por “leis matemáticas” (LUZ, 1988; BATISTELLA, 2007). Segundo Luz (1988, p. 53), “o homem imagina em primeiro lugar a natureza como máquina, em seguida a si próprio como uma pequena máquina dentro da grande usina do universo”. Os autores apontam que a biomedicina com sua perspectiva “objetiva” e “fragmentada” do homem o reduziu à “dimensão corporal”, com o foco na “doença” (BACKES et al., 2009; LUZ, 1988; BATISTELLA, 2007; CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013).

Segundo Batistella (2007, p. 53), “com a anatomia moderna começaram a

procurar a doença no corpo”. Na leitura de Backes et al. (2009, p. 113), “a medicina moderna direciona sua atenção para o corpo, visando um estado biológico normal, o que exige alta tecnologia e custos elevados”.

Com relação ao processo saúde-doença, o conceito acerca da “doença” é mais abrangente e considerado de fácil exposição pela entrevistada, conforme o relato transcrito abaixo:

[...] da doença se você me perguntasse eu ia falar um monte aqui. (ENT 21).

Na fala dos entrevistados, eles se referem à medicalização como uma crítica ao modelo biomédico, conforme as transcrições abaixo:

Você sai daquele campo da medicina, que infelizmente ainda é muito valorizado, que é só de remédios alopáticos, se limita somente a esses remédios alopáticos. (ENT 2).

[...] e realmente essa parte medicamentosa eu tento assim, ser a última coisa que eu uso na minha vida. (ENT 3).

Segundo Paiva et al. (2016, p. 05), “a medicalização surgiu como auxiliar no tratamento da doença, é normalizadora da vida, a medicalização é o processo de objetivação da vida, pelo saber médico”. Na visão de Figueira e Caliman (2014), as questões intrínsecas da vida, os sentimentos como tristeza, angústia e os comportamentos considerados fora dos padrões exigidos pela sociedade, se tornaram passíveis de serem tratadas e medicalizadas.

[...] porque só medicamento, eu não queria aquilo para mim, tanto é que eu não uso nenhum medicamento, não gosto, só assim, necessidade mesmo. (ENT 13).

[...] acho assim, tudo que você puder fazer para evitar tomar remédio é melhor. (ENT 17).

Na visão de Barbiani et al. (2014, pg. 568), o processo da medicalização envolve vários interesses além da saúde:

A medicalização da vida, iniciada com a predominância do olhar médico e do seu uso para o controle social, hoje incorpora outros interesses científicos, políticos e econômicos que a torna um dos maiores fenômenos contemporâneos de mercantilização da sociedade e de seus processos vitais.

Nos relatos dos entrevistados, além da crítica ao modelo biomédico e os efeitos colaterais do tratamento, observamos a autonomia e independência do paciente frente ao seu processo de adoecimento e a sua escolha de buscar outras práticas terapêuticas que correspondam às suas necessidades, recusando-se a ser

um paciente passivo, esse processo é entendido como empoderamento.

[...] tive depressão no período de doutorado, comecei a fazer tratamento pela linha convencional e a partir do momento que eu percebi que as dosagens foram aumentando, aumentando, eu resolvi que eu não queria essa linha de tratamento. [...] a gente sente que a terapia convencional, ela agride muito, você trata uma coisa e cria outro problema. Os efeitos colaterais são grandes. (ENT 6).

Tabet et al. (2017, p. 1188) retomam a perspectiva de Illich de que “a medicina institucionalizada é uma grande ameaça à saúde.”. Illich (1975) faz uma crítica à medicina e ao aparato tecnológico e industrial que ela representa, alerta sobre a iatrogenia, que é o resultado dos procedimentos realizados pelos profissionais de saúde, e com resultados negativos para os indivíduos.

Nos países capitalistas há uma medicalização abusiva. O crescimento da indústria farmacêutica, e o sistema de saúde colocam suas forças numa demanda: a proteção contra a morte (ILLICH, 1975, p.06).

Um aspecto importante a ser observado com relação à abordagem biomédica é a frieza, o tratamento impessoal entre médico-paciente e, por vezes, a indiferença frente ao sofrimento e a dor. Neste sentido, o relato da ENT 01 se reporta à maneira como foi atendida pelo médico no momento de sua aposentadoria compulsória por invalidez:

[...] essa aposentadoria eu não gostaria muito de falar, porque foi uma situação muito ruim que eu passei, foi uma aposentadoria que, a meu ver, é, eu não estava preparada, porque, é, eu nem sabia que isso ia acontecer [...] Fui fazer uma perícia, e o médico disse que eu estava aposentada e com palavras que na época ele não estava preparado também para dizer para uma pessoa que estava nas minhas condições. Então, foi uma coisa que eu falo, mas, muitas vezes, até por uma necessidade de uma explicação hoje. Não foi uma experiência boa... [...] na época era depressão severa. (ENT1).

Na visão de Lima e Lima (2014), com o foco na “doença” e nos “processos biológicos”, os aspectos da dor, da subjetividade são às vezes menosprezados pelos profissionais da saúde. A relação de poder abusiva de médicos sobre pacientes tem gerado insatisfação por parte destes últimos. Outra questão grave é o desrespeito pela autonomia e independência do paciente frente ao seu processo de adoecimento. Os médicos da perícia a aposentaram sem um aviso prévio e sem prepará-la para tal evento, o que agravou mais o seu quadro já bastante debilitado. O fato relatado pela participante reforça a necessidade premente de uma relação mais humanizada entre médico e paciente, o que de acordo com a Política Nacional

de Humanização, requer criar novas relações entre profissionais da saúde e usuários, baseada na transversalidade, na co-participação do usuário no seu processo saúde-doença, no acolhimento, na escuta acolhedora e pelo respeito as suas demandas (BRASIL, 2003).

A industrialização e a urbanização trouxeram, na leitura de Foucault (1990) e Souza (2014), várias mudanças sociais e sanitárias, o que suscitou o nascimento da medicina social como um instrumento de controle da sociedade, do seu "corpo" e do seu "trabalho". Na Inglaterra surgiu a medicina da força do trabalho, a medicina urbana na França e a medicina do estado na Alemanha. O biopoder é uma estratégia do estado para controlar e disciplinar a "força do trabalho".

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política (FOUCAULT, 1990, p. 80).

Almeida e Gomes (2014) apontam que a miséria e as péssimas condições de trabalho foram propícias para o início do processo de medicalização, "a força do trabalho, por meio de ações normativas é disciplinada. É o início da normatização médica sobre a vida, que é o elemento principal do processo de medicalização social" (ALMEIDA, GOMES, 2014, p. 158).

Na leitura de Carvalho et al. (2015) e Figueira e Caliman (2014), a medicina é considerada uma instituição de controle social, tanto da força do trabalho, como da escola, da família, dos comportamentos considerados fora das normas sociais, esse controle é efetuado por meio da "normatização dos indivíduos".

4.2.2 Racionalidades Médicas e Concepção de Saúde

As desigualdades sociais e a pobreza dos países subdesenvolvidos, segundo Luz (2005; 2007), geraram graves problemas sanitários. A crise sanitária e da medicina tem motivado indiretamente a busca de outra racionalidade em saúde pela população (LUZ, 2005; 2007; TESSER, 2010).

A análise das Racionalidades Médicas (RM), segundo as autoras, nasceu, na década de 1990, no Campo da Saúde Coletiva, área das Ciências Sociais e Humanas em Saúde, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) com a finalidade de estudar "sistemas médicos

complexos e terapêuticas tradicionais e complementares”. Um dos objetivos do projeto RM foi comparar as medicinas homeopática, a tradicional chinesa, a ayurvédica e a biomedicina (LUZ, 2005; 2007; NASCIMENTO et al., 2013).

Segundo Luz (2005, p. 159), as medicinas alternativas apresentam alguns aspectos distintos do modelo biomédico “o sujeito doente como o centro do tratamento; a relação médico-paciente como fundamental da terapêutica; busca por meios terapêuticos simples, mais acessíveis; a autonomia do paciente; e como foco a saúde e não a doença”.

A concepção de saúde além do corpo físico onde as emoções desempenham papel importante na manutenção de nosso bem-estar e os conceitos acerca da energia vital que compõe o ser humano são apreendidas pelo usuário do Reiki, conforme o relato:

[...] sendo que o ser humano no meu ponto de vista ele engloba vários outros aspectos e principalmente a questão emocional que atua muito no campo físico, eu acho que essas práticas integrativas elas contribuem justamente nesse aspecto emocional, nessa energia mais sutil que o ser humano tem pra estabelecer o equilíbrio emocional e consequentemente o equilíbrio físico. (ENT 2).

Segundo Tesser e Barros (2008, p. 917), “a medicina integrativa associa a concepção de saúde integrada ao bem-estar físico, mental, social e espiritual, valoriza, também os fatores emocionais, espirituais, sociais”. Por sua vez, Lima e Lima (2014, p. 30) alegam que “a medicina com base apenas na ciência, torna-se insuficiente à medida que reduz o ser humano à dimensão biológica de sua existência”.

Na visão dos participantes, as medicinas alternativas ampliam a compreensão sobre saúde e a percepção do corpo, em consonância com o pensamento sobre o princípio vital que se encontra em todas as coisas, no ser humano, no ambiente. Esta perspectiva pode ser observada nas seguintes narrativas:

[...] é um tratamento acessível, é um tratamento, vamos dizer assim, diferenciado, ele não aborda só o sintoma ele aborda a causa, ele faz a pessoa refletir sobre o seu adoecimento, faz ele ter desejo de se curar, mexe muito com a fé, com as coisas que as pessoas acreditam, eu acho, assim, fantástico, eu acho uma luz no fim do túnel, assim, cada dia me envolvo mais com as questões das práticas. (ENT 3).

Olha, eu acredito que antes eu não tinha uma noção de saúde igual

eu tenho hoje. Eu acreditava só na saúde de forma convencional, medicamento, fisioterapias com aparelho, eu não acreditava que existisse tratamento visando, manipulando energia que pudesse melhorar a condição física da gente. Eu acredito muito nessas terapias, não sei se posso falar alternativas, como o Reiki, acupuntura. Assim, eu acho que deve ter alguma outra coisa além do tratamento convencional, tem de ter alguma energia, alguma coisa que faz o nosso corpo funcionar da forma exata que ele funciona. (ENT14).

Teixeira (2017) aponta que no modelo homeopático, na acupuntura e na medicina ayurvédica existe uma força ou uma energia vital semelhante entre si, que mantêm a vida e a saúde do corpo, e a doença se manifesta quando essa força está em desequilíbrio. A medicina alternativa, na visão de Luz (2005), amplia a percepção do indivíduo acerca de si mesmo, da sua saúde, tanto física como mental e o fortalece de forma positiva no enfrentamento de suas dificuldades.

A busca por novas terapias que proporcionem um tratamento integral do indivíduo é reforçada nas narrativas:

[...] a gente não presta atenção suficiente em outras formas de saúde que a gente precisa vivenciar, [...] é importante buscar esses métodos terapêuticos integrativos, formas de cuidar do nosso corpo, da nossa mente, da nossa existência, formas diferentes. (ENT 17).

Relaxamento, é conscientização do corpo, é tranquilidade, paz, é a pessoa se centralizar, seriam essas as contribuições. (ENT 12).

Ao contrário do modelo biomédico mecanicista, a medicina integrativa, segundo Nascimento et al. (2013), vê o indivíduo como uma unidade “corpo-mente”, e os aspectos subjetivos como fatores importantes no processo saúde-doença, para o equilíbrio e a cura.

A literatura tem apontado que o conceito de saúde é uma construção histórica, cultural e social e da organização e da produção do trabalho. No Brasil contemporâneo tem se consolidado uma visão ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes sociais (CZERESNIA, 2003). Os participantes do estudo apresentaram uma percepção ampliada de saúde se referindo a diversas dimensões do processo saúde-doença:

Saúde é viver integralmente, tendo uma boa qualidade de vida, saúde pra mim é isso, algo integral, que eu possa desenvolver minhas atividades diárias sem prejuízo. (ENT.4).

Nossa! É tudo! É vida! É disposição, energia, é tudo. (ENT. 10).

É um bem-estar social, econômico, espiritual, emocional, é uma

integridade física e mental (ENT. 12).

A saúde, em minha opinião envolve um todo, bem-estar psíquico, ambiental, imunológico, tudo, é o ambiente e o seu interior, tem que tá tudo englobado, o emocional, o ambiental, o imunológico, tudo. (ENT13).

Os entrevistados veem a saúde como um processo amplo, que envolve várias dimensões da vida além do aspecto físico, como o espiritual, o mental, o ambiental. Assim, o sujeito é percebido em sua totalidade. Essa concepção de saúde alinha-se com a visão integradora da medicina integrativa.

A OMS define a saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Segundo Batistella (2007, p. 57), apesar de receber muitas críticas, “essa definição de saúde tenta superar a visão negativa da saúde propagada pelas instituições médicas” com foco apenas nos processos biológicos.

A reforma nos sistemas de saúde no ocidente surgiu a partir da necessidade de reduzir gastos diante dos altos custos dos procedimentos da medicina e a procura por tratamentos pela população. Neste contexto, a promoção da saúde se desenvolve como uma proposta inovadora para reduzir gastos e criar medidas mais efetivas voltadas para a saúde (CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013; BUSS, 2000; 2003).

O conceito “promoção da saúde” foi usado por Henry Sigerist pela primeira vez ao rever as ações da medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento dos doentes e reabilitação. Sigerist incluiu em seu programa de saúde: educação; recreação e descanso; condições dignas de trabalho; sistema público de saúde; e parceria entre políticos; médicos; educadores etc (BUSS, 2003; WESTPHAL, 2007; CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013).

Os estudos de Thomas McKeown mostraram que o desenvolvimento econômico; a nutrição e as mudanças de vida, contribuíam para a qualidade de vida e mais saúde da população. Seus estudos foram importantes na elaboração da Carta de Ottawa (BUSS, 2000; WESTPHAL, 2007).

O movimento de promoção da saúde tem como referência o Informe Lalonde “Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses”, de 1974. A promoção da saúde se estrutura em quatro campos: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde (BUSS, 2000; 2003; WESTPHAL, 2007;

CZERESNIA, MACIEL, OVIEDO, 2013).

Na visão ampla do processo saúde-doença do paciente do Reiki, percebe-se uma ressonância com a carta de Ottawa de acordo com o relato abaixo:

Saúde, ela envolve o aspecto tanto emocional como o físico, então você tem de estar em equilíbrio nesses dois aspectos, emocionalmente você tem de ter uma qualidade de vida, um salário que te atende, ter contato com a família, contato com os amigos, ter uma religião, participar, e a saúde física, você através dos exercícios físicos, da boa alimentação, e emocionalmente também posso acrescentar a questão mental, você tentar fazer o que gosta, não ter pensamentos negativos, tentar se reformar como pessoa, então a saúde pra mim engloba isso tudo (ENT 2).

A Carta de Ottawa preconiza que “as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz; habitação; educação; alimentação; renda; ecossistema estável; recursos sustentáveis; justiça social e equidade.” (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 02). A Carta de Ottawa é o resultado do desenvolvimento das ideias de promoção da saúde em todo o mundo. A promoção da saúde é entendida como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 09).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no Brasil em 1986 com a participação de profissionais, gestores e cidadãos foi a base para a reforma sanitária brasileira, cujos princípios e diretrizes foram incorporados na Constituição Federal de 1988 (BUSS, 2000; 2003, WESTPHAL, 2007). Observa-se sinergia entre a proposta de Ottawa e a reforma sanitária brasileira, como pode ser depreendido do seguinte trecho da Carta:

Alcançar a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986, p. 21).

A saúde envolve várias dimensões da vida, os relatos abaixo mostram essa concepção de saúde:

Nossa! Saúde para mim é primordial na minha vida, porque eu falo que sem a saúde eu não consigo fazer as outras coisas. Então, eu me cuido muito bem, não fumo, não bebo, nunca fumei, nunca bebi. [...] no meu tratamento foi primordial, tive câncer de mama (ENT 5).

A narrativa do entrevistado 5 é clara ao explicitar o que se entende como estilo de vida saudável. Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013, p. 69), assinalam que “as mudanças de estilo de vida, exercícios físicos, fumo, drogas, álcool são reafirmados nas estratégias de promoção da saúde propostas.”.

Bem-estar físico, psíquico e social. Isso é saúde, é o bem-estar no todo, não adianta você estar bem fisicamente sendo que a cabeça não está, então, essa promoção da saúde é muito difícil, o meio hoje não te favorece, é muito estressante. (ENT 19).

Na leitura de Buss (2000, p. 15), a “nova concepção de saúde com uma visão positiva, a identifica com qualidade de vida e bem-estar. A saúde não é apenas um estado biológico, mas, um processo dinâmico, socialmente produzido.”.

A entrevistada relaciona a saúde aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), faz alusão a sua formação acadêmica que ampliou sua concepção acerca da saúde, como vemos no seguinte relato:

Há! Saúde para mim é algo muito importante é o que, hoje..., assim, é, o meu sonho de consumo é a saúde, não é só algo de bem estar físico e mental não, é algo maior do que isso, é algo que tem a ver, por conta até da minha formação, tem a ver com os determinantes sociais da saúde tem a ver com as condições que eu posso ter, de alimentação, de esporte, de trabalho, de paz, então assim, tem a ver com muitos âmbitos da vida principalmente isso e da forma como eu aproveito essas oportunidades ou não tenho essas oportunidades. (ENT 3).

Estudos voltados para a determinação social do processo saúde-doença opuseram-se ao modelo de Leavel e Clark, dois sanitaristas, que defendiam o conceito da história natural das doenças (HND), segundo a qual três fatores explicam a causa do processo de adoecimento: agente etiológico, meio ambiente e hospedeiro humano (BUSS, 2000; WESTPHAL, 2007). Segundo a perspectiva dos determinantes sociais da saúde (DSS),

A saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionado com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2009, p.19).

Buss (2000) e Westphal (2007) explicitam os princípios da promoção da Saúde (PS): concepção holística de saúde, direcionada à multicausalidade do processo saúde-doença; equidade; intersetorialidade; participação social;

sustentabilidade. As principais propostas de atuação são: elaboração de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; incremento do poder técnico e político das comunidades; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos serviços de saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Carvalho, Cohen, Akerman (2017) apontam a promoção da saúde como uma ferramenta na produção da saúde, modificando o meio social através de ações comunitárias, fortalecendo o empoderamento e autonomia do indivíduo e da comunidade, com respeito e valorização do espaço onde vivem.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) instituída pela portaria 687 de 30 de março de 2006 foi revista em 2014 (MALTA et al., 2016). Seu objetivo consiste em:

[...] promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014, p. 1).

Malta et al. (2016) apontam a importância da intersetorialidade para fortalecer a PNPS e desenvolver ações no desafio aos determinantes e condicionantes da saúde. Na leitura dos autores a revisão da PNPS, em 2014, foi um avanço no quesito de fortalecer a política e envolver vários setores no processo. Ocorreram alguns avanços na estruturação das políticas, mas desafios continuam,

Reconhecemos que decorridos 30 anos da criação do SUS ainda estamos longe de superar o modelo centrado na doença e na assistência médico-hospitalar. As ações de promoção desenvolvidas, de forma geral, não foram consolidadas a ponto de alterarem de forma expressiva o modo de produzir saúde e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença (MALTA et al., 2018, p. 1807).

Na conferência de Alma-Ata (1978) foram discutidas propostas para a inclusão de práticas tradicionais nos sistemas de saúde. No Brasil tais propostas foram discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (NASCIMENTO, NOGUEIRA, LUZ, 2012).

A estruturação da PNPIC no SUS, em 2006, teve início a partir das orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002; BRASIL, 2006b). As PICs instituídas com a PNPIC são: acupuntura e os tratamentos energéticos (Lian Gong, Chi Kung, Tai Chi Chuan), homeopatia, medicina antroposófica, fitoterapia e termalismo.

O Ministério da Saúde, a partir da portaria 849, de 27 de março de 2017, incluiu na PNPIC: reiki, arteterapia, ayurveda, dança circular, meditação, e outras PICs. A PNPIC “evoca uma ‘política de inclusão terapêutica’ aberta a outros saberes e racionalidades, o que pode favorecer a complementariedade em detrimento da exclusão, ampliando a variedade de opções para os cuidados em saúde” (ANDRADE, COSTA, 2010, p. 507).

Segundo Andrade e Costa (2010), as PICs adotam uma concepção holística de saúde, onde o indivíduo é percebido em sua dualidade corpo-psique e estimulado a desenvolver processos internos de recuperação da saúde, autonomia frente o seu processo saúde-doença.

O MS designou como Práticas Integrativas e Complementares (PIC), o que na literatura biomédica e de saúde pública é compreendido como medicinas alternativas e complementares (NASCIMENTO et al., 2013; TESSER, 2017). Segundo Tesser (2010), as medicinas integrativas (MI) estão se propagando mais a cada dia, em todo o mundo, Europa, Canadá, Estados Unidos, etc como uma proposta terapêutica integradora.

Na visão de Tesser (2017) e Sousa e Tesser (2017), a inserção das PICs no SUS através da PNPIC foi um grande avanço, a sua inclusão no SUS tem como porta de entrada a Atenção Básica (AB), pois é o espaço ideal onde tais práticas podem se desenvolverem e obterem resultados efetivos.

Estudo desenvolvido por Tesser e Sousa (2012) destacou afinidades eletivas entre as PICS, a atenção psicossocial e a atenção primária: concepções de objetos de trabalho, meios e fins desse cuidado, organização e relacionamento com a clientela. Segundo os autores, o usuário é compreendido como centro do cuidado; são propostas a abordagem familiar e comunitária e há uma abordagem holística. Houve convergências com relação às questões ética-políticas e a desmedicalização de suas práticas. As afinidades eletivas identificadas encontram-se em construção social, institucional, técnica e política e podem contribuir para o fortalecimento das três políticas.

No estudo, foi inquirido aos participantes sobre o seu conhecimento e a utilização das PICs anterior ao atendimento de Reiki na Unidade de Referência SIASS. Observou-se que havia entre os participantes aqueles que já conheciam e já tinham utilizado as PICs em outros momentos e outros que tiveram contato com as práticas na Unidade SIASS:

Sim, homeopatia, com um médico particular. (ENT 4).

Sim, acupuntura, e tive uma demonstração de Reiki em outra cidade, num curso que eu fui fazer. (ENT13).

Não, eu não conhecia, inclusive nem esse termo eu conhecia, o primeiro contato com prática integrativa foi na Diretoria com o Reiki. (ENT 03).

O meu primeiro contato foi na Diretoria. (ENT 07).

As PICs alinham-se com as propostas da promoção da saúde, voltadas para a saúde, o bem-estar do indivíduo e do grupo e se constituem em importante estratégia na promoção da saúde do trabalhador, conforme os relatos dos usuários da terapia Reiki:

Principalmente na qualidade de vida, e interfere sim, no rendimento no trabalho, porque você estando harmonioso, com o seu psicológico regulado isso interfere no rendimento do trabalho, então para o trabalhador é essencial. A prática integrativa auxilia o trabalhador, que ele desenvolva bem o seu trabalho. (ENT 4)

Olha na minha percepção a importância é buscar um bem-estar, um equilíbrio, que é necessário para a gente desempenhar nossas atividades de rotina. Então muitas vezes a gente não tem um bem-estar físico ou uma tranquilidade necessária para tomar alguma decisão, ou a gente nem percebe que está mal e após o tratamento a gente vê que saiu de lá muito melhor. Então era necessário, eu vejo que é muito importante isso sim. (ENT 9).

Os usuários do Reiki se referem à qualidade de vida e bem-estar proporcionados pela prática integrativa. Segundo Buss (2000, p.15), “proporcionar saúde significa, além de evitar doenças, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vívda”, e o bem estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas”.

[...] é um auxílio ao trabalhador, porque às vezes a gente passa por situações complicadas, de estresse, de apreensão, que é natural do ambiente laboral, e existindo esses programas é uma forma de suporte ao trabalhador, primeiro pra ele identificar que tem essa demanda, e no segundo momento pra ele procurar esse auxílio orientado, pra se não sanar o problema, mas ao menos amenizá-lo. (ENT 8)

Eu acredito que para a saúde de qualquer trabalhador, elas são fundamentais, até, porque, muitas vezes o trabalhador vem de uma carga tão pesada, da própria família, do trânsito, quando chega no ambiente de trabalho, ele não está nos seus 100%, fora todas as problemáticas que tem de enfrentar no dia a dia. (ENT18).

Na visão dos entrevistados, as PICs se apresentam como um suporte para o

trabalhador, que afora as questões referentes ao trabalho, enfrentam problemas diários na vida pessoal e familiar, o que se coaduna com a compreensão de Tesser, (2009, p. 1739) “as práticas complementares podem ser recursos úteis na promoção da saúde individual e grupal, pois, sua contribuição é focada na saúde.”.

Eu acredito que essas práticas, elas podem auxiliar nos relacionamentos com os próprios colegas de trabalho, no autoconhecimento, a pessoa se conhecer melhor, pra você se conhecer, se gostar, se dar valor, se cuidar no dia a dia, porque a idade chega, as doenças chegam e chega o momento que a gente precisa se cuidar. (ENT 22).

As práticas contribuem para o nosso equilíbrio, nos dá força e faz com que a nossa mente fique calma e o nosso coração também não fica tão cheio de sentimentos negativos, igual impotência, fraqueza, fragilidade diante de uma situação. (ENT 23).

As PICs com sua visão integradora do indivíduo em seu processo de adoecimento, valorizando a sua autonomia e fortalecendo novas formas de agir frente as dificuldades, cumprem as propostas da promoção da saúde e podem ser um valioso instrumento voltado para a saúde do indivíduo, a integralidade da atenção e, principalmente, para o trabalhador, em seu ambiente laboral, em suas relações interpessoais no trabalho, no desempenho de suas atividades e em seu círculo familiar e social.

4.3. Reiki na Unidade de Referência

Na análise das entrevistas emergiram três unidades de sentido em relação ao Reiki na Unidade de Referência SIASS: Motivações para buscar o Reiki; Condições de Saúde dos trabalhadores; Benefícios do Reiki para o trabalhador.

4.3.1 Motivações para buscar o Reiki

*No Reiki, trata-se a pessoa e não a doença.
Johnny De' Carli*

A divulgação do Reiki na instituição é ampla, por meio de cartazes, panfletos e visitas aos setores, com o intuito de alcançar o maior número possível de servidores, sobre as atividades na Unidade SIASS, nas quais são realizadas orientações quanto aos serviços disponíveis. Embora haja ampla divulgação, percebeu-se que a indicação de servidores atendidos é fundamental na disseminação da proposta no setor onde trabalham e entre os amigos.

A divulgação do Reiki entre os servidores nos mostra o outro lado do ambiente de trabalho, a relação saudável no ambiente laboral. A solidariedade, a amizade, as relações de afeto e carinho entre os colegas de trabalho. São ações pequenas, mas, que fazem a diferença, que proporcionam força para trabalhar, que mantêm ainda o ambiente de trabalho sadio. O café compartilhado, o “lanche” dividido, os problemas, as tristezas e, também, as alegrias.

Os trabalhadores se identificam na dor do outro, divulgam, orientam, falam sobre as atividades que fazem bem, que ajudam a manter a saúde entre os colegas. Esse é um processo dinâmico, vivo e que faz a diferença no mundo do trabalho.

A diversidade de fontes de informação sobre o Reiki foi assim relatada pelos entrevistados:

[...] eu vi um cartaz lá na própria DIRQS. [...] divulgação do próprio setor. (ENT2).

Por cartazes espalhados pelo campus e, também, no site. (ENT 18).

Eu fui indicada já há muitos anos por uma amiga, fiz o tempo que ela ficou antes de aposentar, gostei, respondeu as minhas expectativas. (ENT11).

Através de uma amiga minha que já fazia, aí eu procurei pela profissional, conversei com ela e ela encaixou os horários que eu poderia participar. (ENT 14)

Pelos colegas de trabalho mesmo, que falaram muito bem, e eu fui. (ENT 19).

Divulgação boca a boca dos colegas aqui dentro. (ENT 21).

Bessa e Oliveira (2013) definem o Reiki como um tratamento natural que contribui para manter o equilíbrio do organismo através do processo de energização que produz relaxamento, tranquilidade, calma, pois, atua nas causas do adoecimento. O estresse diminui com a harmonização das glândulas, órgãos, do corpo e da mente.

[...] hoje, eu me conheço melhor, conheço, assim, por conta do Reiki eu acabei tendo mais percepções, verificando mais minha condição de saúde e realmente assim, me observando mais. (ENT3)

[...] eu acho que depois que a gente começa a fazer a terapia Reiki, a gente começa a sentir coisas que a gente não sentia antes, né? Não sei se aguça mais a sua sensibilidade, não sei, é alguma coisa que eu não sei explicar, mas que melhora e muito, melhora. (ENT14).

Nos trechos acima, os usuários do Reiki relatam uma percepção maior com

relação a sua condição de saúde. Segundo Stein (2017), o Reiki auxilia o paciente no autoconhecimento, a prestar mais atenção em si mesmo, perceber seu corpo, suas emoções. Para De' Carli (2013), o Reiki desenvolve e fortalece o processo de autocura. Os nossos pensamentos e emoções interferem no fluxo de energia, e reflete no corpo físico o que gera doenças e diminui o potencial do indivíduo para enfrentar as dificuldades da vida.

Os usuários destacaram alguns fatores que os motivaram a buscar o Reiki, como outra possibilidade de tratamento:

Olha, naquele momento foi a depressão severa, é, tristeza, tudo, depois, com a melhora que eu tive foi mais, é, foi um alicerce que me motivava, que eu tinha é uma confiança nele que, no Reiki eu tinha mais força e mais condição de saber que o tratamento é, em conjunto, eu não ia voltar a situação da qual eu comecei. (ENT1)

Eu estava com grande problema emocional na época, é, uma tristeza muito grande, a depressão estava aprofundando e eu tenho conhecimento que o Reiki, ele auxilia muito nesses tratamentos e foi através daí que, que eu quis fazer e obtive muito sucesso no tratamento. (ENT2)

As motivações para buscar o atendimento no Reiki são inúmeras, desde quadros de depressão severa, tristeza e, também, os sentimentos de confiança no Reiki, vendo-o como um alicerce para enfrentar as dificuldades. Baasch, Trevisan e Cruz (2015, p. 1642) asseveram que “a depressão faz parte dos Transtornos Mentais e do Comportamento, que são vistos como um problema de saúde pública, que reduzem a capacidade para o trabalho e o risco de aposentadoria precoce e mortalidade.”.

Richeson et al. (2010, p. 12) desenvolveram um estudo para avaliar os resultados do Reiki no tratamento da dor, depressão e ansiedade de idosos. O estudo apresentou um resultado significativo com relação à dor, ansiedade e depressão. Algumas respostas com relação ao Reiki foram: “relaxamento; sintomas físicos melhorados; humor e bem estar; melhora dos cuidados pessoais; respostas sensoriais e cognitivas ao Reiki.”

Por sua vez, o estudo sobre os efeitos do Reiki no tratamento da depressão em enfermagem desenvolvido por Yu (2013, p. 1), “revelou uma melhora significativa dos sintomas depressivos, desesperança e estresse no tratamento, com um impacto positivo do Reiki sobre os pacientes depressivos”.

Os usuários do Reiki apontam diferentes motivações para a procura do Reiki,

tais como: a tranquilidade, a paz, o relaxamento, o bem-estar.

É, o Reiki, ele proporciona em mim um estado de tranquilidade, de paz muito bacana, então isso me motivou a procurar. (ENT 12)

O Reiki me traz um bem-estar muito grande, é um momento de interiorização comigo mesma, me faz um bem enorme, e o que me motiva buscar, é um bem-estar, me sinto muito bem e me traz uma qualidade muito boa no dia a dia. (ENT 16)

Eu considerei que era alguma coisa que ia me ajudar no dia a dia, assim, fazer com que eu me sentisse melhor, mais saudável mesmo, nessa perspectiva de, ajudar a integrar meu corpo e minha mente. (ENT 17)

A facilidade do atendimento, a proximidade do campus que eu trabalho, há, os horários que eu podia fazer, que podia ter essa disponibilidade para poder fazer, também o resultado que traz, porque geralmente quando você volta pro trabalho você está com nova energia, com nova visão indo pro trabalho. (ENT18)

[...] principalmente na questão de ajudar psicologicamente, porque hoje as nossas emoções, eu vou usar o termo “estão à flor da pele”, qualquer coisa te irrita, te incomoda, você perde a calma por pouca coisa, e hoje, como a nossa vida está muito agitada você vê que as pessoas estão precisando de um suporte para que elas possam viver um dia melhor. (ENT 23).

A integração física e mental e as condições nas quais o Reiki é oferecido com facilidade de acesso e horários flexíveis são também motivos para a busca pelo Reiki. O SIAPS disponibiliza suas atividades em dois *campi* da IFES, o que facilita para o servidor participar das ações de promoção à saúde do SIAPS.

O tratamento de Reiki possibilita novos recursos terapêuticos, como apontado pela participante do estudo que não fez uso de medicação como tratamento para a depressão, pois o seu quadro de saúde era delicado, apenas utilizou a terapia e o Reiki:

Foi quando eu tive uma depressão muito forte, eu estava grávida e não tinha como fazer o tratamento medicamentoso... [...] o meu diagnóstico era muito, muito complexo, e assim, eu basicamente fiquei com terapia e o Reiki. Então, eu atribuo ao Reiki até mesmo a cura desse adoecimento grave que eu tive [câncer] em vários momentos da minha vida. (ENT 03)

Nas últimas décadas, um novo processo tem se desenvolvido: a desmedicalização social. Neste processo, a “concepção de saúde vitalista da medicina alternativa e complementar e suas diversas modalidades de cuidado são potenciais recursos desmedicalizantes; empoderadores e enriquecedores.” (SILVA,

TESSER, 2013, p. 2187).

O Reiki possibilita o processo de compreensão do próprio adoecimento e de outras questões que influenciam na saúde, conforme o relato abaixo:

[...] a terapia Reiki, porque ela te influencia a lidar com as situações de forma positiva, as dificuldades, as dores, as doenças. É como se fosse um suporte que te dá, te auxiliando. Ela funciona, eu vejo como, não sei se seria a palavra certa, mas, como um remédio, entendeu? Substituindo o próprio remédio. [...] alopático, químico, né, então, na época eu diminui muito o tratamento com remédios, quando eu estava fazendo o Reiki, realmente eu tive essa transformação. (ENT 22)

As dificuldades e até mesmo as doenças, que são processos inerentes ao ser humano em seu processo de aprendizado, são vistas por um novo ângulo, com mais tranquilidade e equilíbrio para resolvê-las e a compreensão de que o medicamento alopático não resolve essas questões internas, emocionais, que tem causas mais profundas, relacionadas às questões familiares, econômicas, sociais e de trabalho, dentre outros.

Os participantes do estudo se referem ao modo como são atendidos no Reiki e a importância do acolhimento no processo terapêutico:

[...] eu tive alguns momentos de crise do pânico e já aconteceu de ter até crise na própria instituição e eu fui muito bem atendido nesses momentos que eu pedi ajuda. Foram bastante eficientes os tratamentos. (ENT 2).

[...] sempre que eu acho necessário, eu sinto que há necessidade, eu busco [...] Reiki. Chego aqui sou muito bem atendida, sou muito bem recebida e isso já é o começo do meu tratamento, o recebimento pelas pessoas que realmente me atende e que eu sei que vai me ajudar, são pessoas que estão aqui para me ajudar. (ENT 9).

Na compreensão de Tesser e Luz (2008, p. 197), na relação terapêutica, o que interessa para o doente é resolver seu sofrimento e adoecimentos, “mas o pacto de cura será facilitado se houver a empatia emocional, a relação humana entre curador e doente, a acolhida afetiva, a integralidade no atendimento e o respeito à história apresentada pelo doente”.

Uma das propostas do atendimento do Reiki é a saúde do servidor, visando seu bem-estar e equilíbrio mental e emocional. As relações entre as terapeutas reikianas e os pacientes são pautadas na confiança, no respeito e compreensão, o que contribui no processo terapêutico. Os vínculos construídos entre terapeuta e usuário são fundamentais para o processo de cuidado e abrem a possibilidade de

escuta em momentos de necessidade, o que se manifesta, também, em momentos em que procuram as terapeutas para expor seus problemas e o desejo do atendimento.

Para Santos e Miranda (2016), a formação do vínculo entre o paciente e o profissional de saúde ajuda na ação terapêutica, pois através da escuta acolhedora, a atenção, o diálogo e respeito o paciente sente confiança no atendimento, e segue as orientações necessárias para o seu bem-estar. “O vínculo responsável e positivo significa estreitar relações com o outro de maneira saudável e construtiva, impedindo a relação de dependência e/ou o apego emocional”. (SANTOS, MIRANDA, 2016, p. 357).

4.3.2 Condições de Saúde dos trabalhadores

*Tá vendo aquele edifício, moço? Ajudei a levantar. Foi um tempo de aflição. Eram Quatro condução. Duas pra ir, duas pra voltar...
Cidadão, Zé Geraldo.*

Diante do contexto de avanços da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT), surge a necessidade da institucionalização de uma política pública direcionada para a saúde dos servidores públicos federais. A Política de Atenção à Saúde do Servidor Público (PASS) sistematiza as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor através do SIASS. A PASS é composta por: Vigilância e promoção à saúde, assistência à saúde do servidor e perícia em saúde. Com relação a assistência à saúde do servidor, o governo adotou a parceria público-privadas, o plano de saúde suplementar (ZANIN et al., 2015).

Tais diretrizes destinam-se a subsidiar projetos e políticas de promoção da saúde e de qualidade de vida no trabalho impactando na melhoria dos ambientes, da organização e do processo de trabalho, ampliação da conscientização, responsabilidade e autonomia dos servidores. O SIASS tem a tarefa de efetivar as informações epidemiológicas e de vigilâncias do processo do trabalho (BIZARRIA, TASSIGNY, FROTA, 2013).

A falta de recursos humanos dificulta o acesso e adesão do servidor às atividades e programas de promoção à saúde, desenvolvidas na Unidade de Referência, como podemos constatar nas narrativas dos participantes do estudo:

[...] igual eu aqui agora, aí, ó, não tô indo por falta de tempo, não tô tendo como sair, se eu fechar aqui meia hora o pau vai quebrar em cima de mim, eu não vou poder ir. Então, assim, é fundamental que

o servidor fizesse o Reiki (ENT 5)

Sim, são poucos funcionários, não dá para ficar saindo assim, fica complicado (ENT 12)

[...] é mais difícil pra mim ter disponibilidade no trabalho, nós estamos numa equipe pequena e aí é muito difícil pra nós às vezes ter de sair do setor pra fazer esse tipo de tratamento, que já é um cuidado pessoal né, e aí de repente é um pouco difícil a liberação (ENT 22)

Na visão dos autores alguns fatores como falta de orçamento; de recursos materiais e humanos suficientes dificultam as ações nas instituições públicas e somadas a todas essas questões, a falta de credibilidade frente a população, “carregam a depreciação atribuídas aos órgãos e aos servidores que neles trabalham, uma categoria representada por uma imagem pejorativa.” (RIBEIRO, MANCEBO, 2013, p. 199).

Santi, Barbieri e Cheade (2018, p. 72) chamam a atenção para que “a despeito da forma de organização política, autocrática ou democrática, o servidor público é o elo entre governo e população, sendo essencial para as políticas públicas”. No serviço público “as interações estabelecidas com os usuários constituem o elemento central de seu trabalho” (SOUZA, MOULIN, 2014, p. 60).

As questões que envolvem a organização do trabalho e a rotina laboral dos servidores estão ligadas diretamente às situações internas de cada departamento e setor, com suas peculiaridades e metas a cumprir. Na pesquisa, os técnicos administrativos representam o maior número de servidores atendidos pelo Reiki. As dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho foram citadas pelos entrevistados:

[...] a gente trabalha com muitos problemas, coordenação de curso aparece milhões de problema e isso tudo infelizmente afeta a gente psíquica, emocionalmente e acredito até energeticamente. (ENT 4)

Porque eu andava muito ansiosa, um período muito conturbado, dentro da própria universidade e o ambiente que a gente vive. (ENT 7)

[...] no ambiente de trabalho, geralmente a gente sofre, é, a gente está o tempo todo preso na rotina, está estressado, no trabalho basicamente você vai ter mais problemas, mais momentos de estresse, a gente trabalha com resolução de problemas. (ENT 17)

Para Souza, Moulin (2014, p. 63), no serviço público “trata-se de um trabalho intenso em interações humanas, que desafia constantemente os servidores em suas habilidades intersubjetivas”. Souza et al. (2017) afirmam que “a defesa da

saúde está organizada e materializada, antes de tudo, no trabalho diário, de maneira localizada, e que mantém relação com o controle do processo de trabalho”.

Santi, Barbieri e Cheade (2018) consideram a vulnerabilidade dos servidores públicos devido a pressões políticas e públicas, desempenho do trabalho sem condições adequadas e a morosidade decorrente da burocracia como fator estressante.

O desafio de aumentar a capacidade de governo na gestão das políticas públicas exige servidores públicos qualificados, o cuidado com a saúde e com a qualidade de vida desses trabalhadores tende a tornar o serviço cada vez mais aprimorado (SANTI, BARBIERI, CHEADE, 2018, p. 72).

Segundo Dejours (1992), a organização do trabalho que é estruturado em divisão de tarefas, hierarquia, relações de poder, responsabilidades reflete no funcionamento psíquico do indivíduo. “O processo de trabalho tem efeitos poderosos sobre o sofrimento psíquico, ou contribui para agravá-lo ou contribui para transformá-lo” (SOUZA, PASSOS, TAVARES, 2015, p. 2078).

Os servidores da área da saúde encontram-se entre o segundo grupo com o maior atendimento de Reiki. As narrativas dos entrevistados indicam como o trabalho afeta sua vida:

Olha, a nossa profissão [auxiliar de enfermagem], ela é uma profissão muito estressante, é um corre-corre, o profissional não tem tempo para si, ele cuida do outro, mas não cuida de si, então isso é muito perigoso para nossa saúde, mas também nós não temos tempo de cuidar de nós, não tem, o salário é pouco, as vezes você tem de ter 1, 2, 3 empregos para você dar conta de sobreviver, e você não tem tempo de cuidar de você, você cuida do outro, mas você não cuida de você (ENT19)

[...] porque realmente, na área da saúde a primeira enfermidade que vem é a emocional né, porque mexemos com pacientes, familiares, com toda uma equipe. (ENT 11)

O trabalhador, ele necessita desde quando ele inicia a carreira profissional dele, vou falar com relação à enfermagem, que é a minha, de um apoio psicológico, porque nós vivenciamos situações que nos deixa com a alta estima muito fragilizada, principalmente nós da enfermagem, vivenciamos a morte. (ENT 23)

O setor saúde vive a precarização do trabalho, tanto na instância pública e privada. Entre as formas de precarização dos profissionais de enfermagem observam-se fatores ligados à renda, jornada de trabalho extensa e mais de um vínculo empregatício. O ritmo do trabalho afeta a saúde destes profissionais

gerando ansiedade, estresse, tristeza e, também, a sua qualidade de vida (LIMA et al., 2017; ARAÚJO DOS SANTOS et al., 2018).

A ergonomia relacionada ao trabalho na enfermagem acarreta vários adoecimentos, no relato abaixo, percebe-se essa problemática:

[...] antes eu adoeci assim, por conta de vários fatores muito ligados ao trabalho, que eu até considero ocupacionais, tenho lesões de coluna causada por má condição de trabalho da enfermagem, ela pega muito peso. (ENT 3)

A ergonomia no trabalho se reflete de forma negativa na saúde física e, também, emocional dos trabalhadores da área da saúde, como, fadiga por excesso de esforço físico, cargas pesadas e posturas inadequadas para realizar as tarefas (LIMA et al., 2017).

Na fala de uma entrevistada é explicitada a precarização e intensificação do trabalho docente:

[...] além do mais a nossa condição de docente, qual que é o problema que a gente tem? Nós não temos limite de quais são as nossas atividades, nossas responsabilidades dentro da universidade. Nós fazemos um concurso para sermos docente, nós somos chamados para um conjunto de trabalhos, e assim, você percebe que são trabalhos porque não tem um técnico para fazer e como o nosso contrato ele é aberto, então assim, a nossa linha de ação ela é irrestrita, sabe, e isso às vezes, assim, tem deixado a gente em condições muito sufocantes mesmo [...] e a gente acaba perdendo essa noção, a gente não define as 40 horas de trabalho na universidade, você vai atropelando sua vida pessoal, familiar [...] Então, eu acho que isso é um grande problema, dessa falsa liberdade que o docente tem. (ENT 6)

A precarização do trabalho atinge todas as categorias, os docentes também se enquadram nessa relação. O docente desempenha várias atividades como preparar aulas, ensinar, organizar projetos de pesquisa, coordenar grupos de trabalho de ordem administrativa, como os departamentos, os cursos, a busca por fomentos, dentre outros. “O ritmo do trabalho obriga a trabalhar no tempo de lazer, o que gera consequências em termos de desgaste físico e psíquico, assim como outras dificuldades na vida”. (LEMOS, 2014, p. 100).

Outra situação relatada que influencia na saúde é a percepção de adoecimento mental coletivo dentro da instituição e um processo que foi discutido amplamente no estudo, que é a medicalização:

[...] a gente tá num momento de muito sofrimento, não sei se em outro momento isso não existia tanto, mas, assim, a gente percebe que isso é um momento de muita tensão [...] hoje tá todo mundo de

tarja preta essa é a grande situação (ENT 6)

Outro fato extremamente complicado e difícil de lidar em qualquer situação, que tem mobilizado os gestores, coordenadores das IFES no quesito de informação, projetos para conscientização e apoio aos alunos e toda a comunidade está relacionado aos suicídios de alunos e também de técnicos. Tais acontecimentos impactaram negativamente em seu equilíbrio emocional:

[...] então, por exemplo, hoje nós estamos aqui no curso [...] com dois suicídios em menos de um ano, de alunos (ENT 6)

A entrevistada relata outro fator muito importante, que além de lidar com o seu próprio adoecimento mental, precisa lidar com os problemas dos alunos que buscam nela um apoio, o que gera um sentimento de impotência frente a demanda apresentada que vai muito além de sua formação acadêmica e profissional:

[...] além da gente ter de lidar com nosso equilíbrio emocional, nós estamos tendo que lidar no dia a dia com os desequilíbrios dos nossos alunos, que muito alto, a ponto de a gente chegar em sala de aula e não saber o que fazer, se você vai dar aula ou se você vai ouvir seu aluno, porque assim, ele está a ponto de um processo de suicídio também, [...] não é da nossa competência, a gente não tem a pretensão de fazer o papel de nenhum outro profissional, mas você tá ali, você precisa ouvir, e às vezes a sensação de impotência é muito grande também. (ENT 6)

Todas essas questões levantadas pela usuária nos mostram as dificuldades enfrentadas no dia a dia do trabalho que, de certa forma, interferem na sua saúde mental e emocional.

Segundo Bernardo e Garbin (2011, p. 103),

Um dos grandes desafios a serem superados no contexto atual é a superação de uma “cultura” ainda presente na sociedade, segundo a qual o trabalho, quase sempre, tem uma conotação positiva e o sofrimento/adoecimento psíquico é visto como um sinal de fraqueza pessoal.

Tal tema foi abordado por uma participante do estudo:

[...] a questão da depressão é uma coisa que ao mesmo tempo depende muito da gente querer e de buscar, e acho que tem outras coisas por trás que a gente também não explica, não consegue entender, que é um processo que não é fácil porque socialmente as pessoas elas não entendem, elas acham que às vezes você está maquiando, porque aparentemente você está bem, você... é o sentimento interno, é uma questão muito mais interna. (ENT 6)

A entrevistada se justifica pelo próprio adoecimento e os relatos anteriores

evidenciam que a organização do trabalho e as condições interferem na sua saúde mental.

Nas últimas décadas, o trabalho e a sua organização sofreram várias transformações. Com a globalização, os avanços tecnológicos, e também com a precarização do trabalho, essas transformações trouxeram novas formas de adoecer, especialmente no que tange à saúde mental do trabalhador (SELIGMANN-SILVA et al., 2010). A psicopatologia do trabalho se relaciona aos processos psíquicos do sujeito com a realidade do trabalho, com sua organização e estruturas já existentes, sem que o sujeito possa interferir sobre elas (DEJOURS, 1992).

O trabalho possui importância na vida do indivíduo e promove formação de identidade, satisfação pessoal, independência, mas pode afetar a saúde do trabalhador. Os transtornos mentais, nos últimos anos, têm acometido um número de trabalhadores cada vez maior, o que gera as ausências no trabalho (BASTOS et al., 2018).

Seligman-Silva, Franco, Druck (2010, p. 239) apontam que “os estudos de Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) reconhecem um conjunto de transtornos mentais relacionada à violência expressa na precarização social e do trabalho”. Nas últimas décadas vários estudos foram desenvolvidos no que se refere aos problemas de SMRT nos quais destacam-se estudos sobre: depressão; síndrome de burnout; estresse pós-traumático (TEPT); dependência química; álcool; dentre outros.

O interesse pela saúde mental do servidor público tem atraído a atenção de vários pesquisadores que apontam o Transtorno Mental e de Comportamento (TMC), como uma das causas do absenteísmo no serviço público (OLIVEIRA, BALDAÇARA, MAIA, 2015; BASTOS et al., 2018; SANTI, BARBIERI, CHEADE, 2018).

Oliveira, Baldaçara e Maia, (2015, p. 157) afirmam que “tais estudos evidenciam que os Transtornos Mentais e de Comportamento (TMC), têm sido os mais prevalentes e são uma das maiores causas de afastamento do trabalho de longo prazo”.

De acordo com Arcosi, Dal Magro (2017, p. 5), “das doenças decorrentes das dificuldades relacionadas à organização do trabalho, a depressão é uma condição significativamente comum, que apresenta curso crônico e recorrente, sendo associada à incapacidade funcional e ao comprometimento da saúde física”.

Durante a análise das entrevistas foi observado um número relevante de servidores que se afastaram do trabalho por motivo relacionado à saúde mental e que são atendidos com o psiquiatra. Os participantes do estudo destacaram as questões relacionadas à saúde mental em seu processo de saúde e como motivos para afastamentos:

[...] nesses 12 meses eu fui reintegrada de novo no trabalho na universidade, depois de uma aposentadoria por invalidez. [...] o tratamento que, na época era depressão, é, uma série de doenças ligada à psicopsiquiatria. (ENT1)

O Reiki e a consulta com o profissional da área médica [...] área de psiquiatria [são os serviços utilizados na DIRQS]. (ENT 2)

Sim, eu faço tratamento psicológico, acompanhamento psiquiátrico e, em especial, o Reiki. (ENT 11)

[...] estive afastada por 90 dias no ano passado. [...] depressão e enxaquecas fortes, dor de cabeça forte. [...] faço tratamento com psiquiatra. (ENT 15)

[...] eu estive afastada através do dr. [psiquiatra], eu nunca recebi um diagnóstico assim fechado de depressão, mas, eu estava num momento muito complicado e eu estive afastada. [...] eu fiquei afastada 30 dias. E o motivo é que eu chorava sem parar e estava muito, muito, muito angustiada. (ENT 16)

Faço tratamento para ansiedade, psiquiatra. (ENT 19)

Eu retornei no início do ano passado, porque eu fiquei afastada durante sete meses. Eu tive depressão. (ENT 20)

Os relatos evidenciam as condições de saúde dos trabalhadores e, também, as possibilidades de articulação da Terapia Reiki com outras formas de cuidado e a elevada demanda dos participantes por atendimentos em saúde mental. As ações de promoção da saúde podem gerar mais qualidade de vida no trabalho e possibilitar a diminuição de adoecimentos, e afastamentos (BIZARRIA, TASSIGNY, FROTA, 2013). O Reiki com sua visão holística do ser humano é uma estratégia na promoção da saúde do servidor.

4.3.3 Benefícios do Reiki para o trabalhador

Quem aprende é o coração e não a mente. O Reiki ensina no silêncio. Ouça para dentro, sinta o coração bater – e ouça o que ele lhe diz. (Kessler).

Os participantes destacaram os benefícios da terapia Reiki:

Principalmente na questão psíquica ele atua, no meu caso ele me

deixa mais calmo, me deixa mais centrado, acredito realmente que o Reiki, ele atinge a gente de forma muito benéfica nessa questão da psique. (ENT 4)

[...] acho que o aspecto mental, em relação principalmente a ansiedade, você sai com a cabeça também, com pensamentos mais serenos. (ENT 7)

Então, é uma diferença muito grande, até reconhecida pelas minhas próprias filhas quando eu chego em casa elas, elas também são incentivadoras de eu fazer o Reiki, porque elas percebem a minha felicidade, a minha tranquilidade, porque eu volto como uma pessoa assim, que foi acolhida, amada, volto outra pessoa, volto outra pessoa, faz muito bem pra mim, pra minha alma, pra minha mente, principalmente a mente e a alma, porque a alma e a mente estando bem o corpo acompanha. (ENT 11).

Sim, sem dúvida, ela ajuda a equilibrar e melhorar energeticamente o emocional todinho, fisicamente também, mas, o meu problema era mais emocional né, então, senti bons resultados sim. (ENT 20).

Segundo os autores, o Reiki proporciona muitos benefícios tanto no nosso corpo físico, como no nosso equilíbrio emocional. A energia vital (Ki), que circula por todo nosso corpo, é potencializada pelo Reiki, renovando as células, gerando assim, saúde, equilíbrio. O Reiki ajuda em vários problemas de desequilíbrio como: estresse, insônia, ansiedade, depressão, através do relaxamento profundo. Nos sintomas físicos atua na pressão sanguínea, no relaxamento dos músculos, nos batimentos cardíacos, na digestão (DE' CARLI, 2013; SALLES et al., 2014).

Vários estudos e pesquisas estão sendo desenvolvidos com relação ao Reiki e seus inúmeros benefícios à saúde. O Reiki equilibra o organismo fortalecendo o sistema imunológico, a energia vital atua nos aspectos físico, emocional e psicológico (SALLES et al., 2014).

No relato abaixo, a usuária do Reiki percebe melhora no seu quadro geral e, também, na pressão arterial:

Na semana que eu tô muito sobrecarregada, contribui no meu sono, na minha alimentação, no meu humor e na minha pressão arterial. (ENT 23)

De acordo com Salles et al. (2014, p. 480), “a pressão arterial alterada é o sinal mais frequente da hipertensão, que é reconhecida como principal fator de risco de morbidade e mortalidade cardiovascular”. A obesidade, a ingestão de bebida alcoólica, o sedentarismo e o tabagismo, são os principais fatores de risco que contribuem para a hipertensão arterial. Diante dessa questão desenvolveram uma

pesquisa sobre os efeitos do Reiki sobre a hipertensão arterial. Para a realização da pesquisa foram incluídas 170 pessoas com hipertensão arterial, usuários dos serviços de uma instituição de saúde, na cidade de São Paulo. O estudo foi randomizado e controlado. O critério de inclusão foi: pressão arterial maior ou igual 140x90 mmHg no dia da pesquisa (SALLES et al., 2014)

O grupo experimental obteve o melhor resultado, com a maior diminuição nos níveis da pressão arterial. Concluiu-se que o Reiki teve efeito positivo na diminuição da pressão arterial alterada, o que sugere que ele pode ser um tratamento complementar para o controle da hipertensão (SALLES et al., 2014).

A usuária relata os inúmeros benefícios que o Reiki proporciona em sua saúde no alívio da dor:

É questão de relaxamento, diminuição da ansiedade né, e respiração, ajudar a me ensinar a respirar que eu sinto que eu tenho dificuldade, até a respirar, e eu tenho muita tensão muscular e é uma das coisas que me prejudica, eu vejo que ataca a dor de cabeça, porque a tensão é muito grande, eu sinto muita dor nas costas e na nuca, então ajuda a relaxar (ENT 15)

Segundo Freitag et al. (2014, p.1033), “o conceito de dor caracteriza a mesma como uma experiência sensorial e emocional desagradável, decorrente de lesão real ou potencial dos tecidos do organismo do indivíduo”.

A pesquisa desenvolvida por Freitag et al. (2014) objetivou avaliar a contribuição do Reiki na prevenção, no alívio dos sintomas e na cura das dores do tipo crônicas. De caráter qualitativo, exploratória e de observação, os sujeitos foram dez idosos. Os critérios de inclusão foram: possuir dor crônica que não fosse oncológica no ato da pesquisa, ter idade igual ou superior 60 anos, comprometer-se em participar de 5 sessões de Reiki e responder a uma entrevista. A duração da sessão de Reiki foi uma hora no período de cinco dias consecutivos. A escala verbal foi utilizada para verificar a intensidade da dor. Os resultados da pesquisa mostraram que houve uma melhora significativa no quadro geral dos participantes da pesquisa, diminuição das dores, maior equilíbrio físico, mental e emocional (FREITAG et al., 2014).

O caráter complementar do Reiki em relação a outros tratamentos também foi relatado pelos entrevistados, inclusive em quadros graves como o câncer:

[...] teve o histórico do câncer, eu tive tumores de intestino, eu tive de fazer cirurgias, acompanhamentos, estagiar esses tumores, eu considero o Reiki uma terapia de cura mesmo (ENT 3).

[...] porque eu tive câncer de mama e quando eu descobri meu problema de saúde, daí, quando eu comecei a quimioterapia, eu fiz Reiki e eu tenho certeza que o Reiki pra mim foi o que me deu equilíbrio assim, emocional, psicológico, físico, porque eu fiz até eu terminar a radio, nossa, pra mim foi maravilhoso, eu saía de lá assim recarregada, sabe, maravilhoso! E fiz, você vê, uma quimioterapia, eu chegava lá muitas vezes, assim, que os médicos falavam que eu era uma pessoa muito equilibrada, mas ninguém sabe como você está lá dentro né, lógico que eu estava triste, estava com medo, eu sou sincera, medo, e o remédio mexe muito com o psicológico, a quimioterapia, [...] pra mim foi uma das melhores partes do meu tratamento, foi o Reiki, foi uma das melhores partes (ENT 5).

De acordo com Fleisher et al. (2013, p. 2), “pacientes com câncer frequentemente buscam tratamento na medicina alternativa na tentativa de melhorar o bem estar, fortalecer a imunidade e gerenciar melhor seus sintomas, o Reiki está sendo introduzido em vários contextos clínicos, incluindo a oncologia integrativa.”. Os autores analisaram dados de um programa de voluntariado de Reiki em um centro acadêmico de câncer urbano. O Reiki apresentou resultados significativos e de curto prazo nos quadros de sofrimento, dor, ansiedade, depressão e fadiga. De acordo com os dados obtidos, o Reiki é um instrumento no tratamento alternativo para o câncer. “O Reiki pode ajudar a suprir as necessidades espirituais de alguns pacientes com câncer, as práticas oncológicas convencionais, muitas vezes não atendem às necessidades emocionais e espirituais dos pacientes. (FLEISHER et al., 2013, p. 9).

Alarcão e Fonseca (2016, p. 23), desenvolveram um estudo randomizado e controlado para avaliar os benefícios do Reiki no tratamento de pacientes com câncer no sangue. Os resultados obtidos comprovam os benefícios do Reiki para pacientes com câncer, “esses achados apoiam a inclusão do Reiki nos serviços nacionais de saúde, contribuindo para o bem-estar dos pacientes e uma melhor qualidade de vida.”.

Demir et al. (2015) desenvolveram um estudo piloto controlado e aleatório no Instituto de Oncologia da Universidade de Istambul na Turquia, no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014. A população do estudo era composta de pacientes com câncer em qualquer estágio e recebendo qualquer tipo de quimioterapia. O objetivo do estudo era avaliar o efeito do Reiki à distância sobre a dor, ansiedade e fadiga em pacientes oncológicos. Os participantes desconheciam se faziam parte ou não do grupo de Reiki e foram avisados antes do início da intervenção que eles poderiam ou não receber reiki sem contato manual.

Durante a intervenção o Reikiano responsável pelo tratamento, seguiu as instruções do Reiki à distância, estava a oito quilômetros de distância e enviava a energia de cura para o paciente. O grupo experimental recebeu cinco sessões diárias de Reiki de 30 minutos. Era um grupo com maior índice de mulheres (71,4%). O grupo controle era 72,7% composto por homens. Os resultados obtidos através deste estudo indicaram que o Reiki pode diminuir a dor, ansiedade e a fadiga em pacientes oncológicos (DEMIR et al., 2015).

Uma prática muito comum observada em relação ao Reiki é que com os resultados obtidos e a melhora no tratamento, o paciente decide fazer a iniciação. Dois participantes relataram a opção pelo processo de iniciação em Reiki:

Eu era muito cética na época e fui e me encantei pela terapia Reiki, futuramente até acabei fazendo a formação em terapia Reiki, pelo tanto que foi importante e eficaz no meu tratamento. (ENT 3)

Depois que eu comecei a fazer Reiki, eu fui pra iniciação. Então, hoje eu também me aplico Reiki, tem contribuído muito pra minha vida. (ENT 12)

Petter (2013) afirma que os benefícios do Reiki são muitos, como já foi mencionado, ele desintoxica o organismo, promove o equilíbrio emocional, acalma. Ele trata o ser humano como um todo. Através da autoterapia, o praticante aprende muito sobre si mesmo e sua maneira de agir, desenvolvendo o seu processo de percepção e sua autocura. Segundo Fleisher et al. (2013, p. 9), “o Reiki oferece alívio do estresse psicológico, permitindo o perdão de si mesmo e liberdade emocional, e intensificando sentimentos de cura e pensamento positivo”.

Os servidores relataram encontrar no Reiki uma ajuda e um suporte no seu processo de adoecimento, o que possibilita mais equilíbrio, tranquilidade e bem-estar para o enfrentamento das adversidades tanto no trabalho, como no meio familiar e social e também com relação às graves doenças. O Reiki pode ser considerado um importante instrumento para a promoção da saúde do servidor público federal.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção desta pesquisa, com a discussão e os resultados correspondeu aos objetivos propostos, pois foi possível avaliar o Reiki como uma potente estratégia para a promoção da saúde do servidor público federal.

Em relação ao perfil dos participantes do estudo, a predominância é do sexo feminino, o que corrobora com estudos sobre a mulher cuidar mais da saúde, na prevenção através de exames ginecológicos, e também a reprodução, leva as mulheres a terem o autocuidado bem cedo. Outro dado considerável é com relação a faixa etária, pois houve maior número de servidores de 31 a 60 anos, duas gerações, com histórias diferentes e vivenciando as mudanças ocorridas no serviço público.

A religião é uma dimensão que merece destaque, o catolicismo e o espiritismo apresentaram a mesma porcentagem com 42% dos servidores, a religião é um fator importante como um suporte nos momentos difíceis e de adoecimento e particularmente na saúde mental que apresentou um índice considerável no estudo.

A carga horária predominante é de 40 horas semanais, que abrange 82% dos servidores. A função que mais utiliza o Reiki são os da área administrativa com 52%. Com relação à escolaridade 72% tem nível superior, e 20% com pós-graduação, um resultado esperado, pois o ambiente universitário incentiva ao estudo.

Com relação à condição de saúde, os transtornos mentais comuns se sobressaíram com 36%, que são considerados uma das causas de absenteísmo no trabalho, como comprovam alguns estudos sobre a questão. O uso regular de medicamentos e tratamentos para a saúde foi declarado por 75% dos servidores, o que mostra o adoecimento do servidor, e sinaliza a importância da discussão da medicalização da saúde e investimentos para a promoção da saúde com desenvolvimento de autonomia para o autocuidado.

A saúde suplementar atende a 95% dos servidores permitindo, assim, o uso de serviços privados. Esse acesso é entendido como parte dos direitos do servidor público, embora aponte para a valorização do mercado. Além disso, tal acesso não exige a UR SIASS de realizar ações para vigilância em saúde do trabalhador, especialmente as de promoção da saúde na qual a Terapia Reiki pode desempenhar papel fundamental.

A análise temática das entrevistas foi apresentada em dois subitens. No subitem “Diferentes Compreensões da Saúde” discutimos a evolução e o desenvolvimento tecnológico, com críticas ao modelo biomédico e a medicalização como um fator da perda da autonomia do paciente frente ao seu processo saúde-doença. Foram analisadas as Racionalidades Médicas e sua contribuição para o desenvolvimento das PICs no SUS, além da análise do item Concepção de Saúde e a Promoção da Saúde. A revisão de literatura permitiu compreender o modo como os participantes do estudo compreendem a saúde e contextualizam a busca por outras racionalidades médicas, especialmente o Reiki.

O subitem “Reiki na UR SIASS” tratou de três dimensões: as motivações para buscar o Reiki; as condições de saúde dos trabalhadores e os benefícios do Reiki. As motivações dos usuários revelam-se em sinergia com as críticas apresentadas ao modelo biomédico e à medicalização da Saúde. Os participantes demonstraram que influências positivas e benefícios relatados por outros servidores foram fundamentais para descobrir a oferta da terapia e buscá-la na Unidade SIASS.

As condições de saúde dos trabalhadores revelam a complexidade das demandas em saúde e a importância de que abordagens integrativas possam garantir a articulação entre os diversos serviços ofertados ao servidor público. A experiência dos entrevistados evidencia o caráter complementar e integrativo da Terapia Reiki na atenção à saúde do servidor. Além disso, os participantes evidenciam contribuições específicas do Reiki para outras dimensões de sua vida.

Por fim, foram analisados os benefícios do Reiki para o trabalhador, que não se restringem às melhorias na condição de saúde. Os servidores explicitaram contribuições gerais para a auto-observação, cuidado de si, paz, tranquilidade e vínculos com terapeutas, especialmente em momentos de fragilidade.

O processo de pesquisa revelou a importância de ampliação dos estudos no campo das PICS, Saúde do Trabalhador e promoção da Saúde, especialmente em decorrência da recente incorporação dessas políticas.

No caso em pauta, a Unidade SIASS foi indicada como principal acesso dos servidores às PICS, o que corrobora a importância de seu fortalecimento e ampliação. Importante destacar a relevância da metodologia qualitativa em estudos como o aqui apresentado, por apresentar a possibilidade de incorporar a compreensão dos praticantes da Terapia Reiki. Espera-se, assim, incentivar novas pesquisas neste campo.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO DOS SANTOS, T. *et al.* Precarização do Trabalho de Enfermeiras, técnicas, e auxiliares de enfermagem nos hospitais públicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.52, n. e03411, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt_1980-220X-reeusp-52-e03411.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.
- ARCOSI, A. C.; DAL MAGRO, M. L. P. Saúde Mental e Medicalização na Assistência ao Servidor Público. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 001-014, mai./ago. 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2653/265352024002.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2018.
- ALARCAO, Z.; FONSECA, J. R. S. The effect of Reiki therapy on quality of life of patients with blood cancer: results from a randomized controlled Trial. **European Journal of Integrative Medicine**, Amsterdam, v.8, n. 3, p. 239-249, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2015.12.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876382015300664?via%3Dihub>. Acesso em: 20 jul. 2018.
- ALMEIDA, M. R.; GOMES, R. M. Medicalização Social e Educação: Contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Nuances: estudos sobre educação**, Presidente Prudente, v.25, n.1, p.155-175, jan./abr. 2014. DOI: <https://doi.org/10.14572/nuances.v25i1.2728>. Disponível em: <http://revista.fct.unesp.br/index.php/Nuances/article/view/2728/2525>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- ANDRADE, J. T.; COSTA, L. F. A. Medicina Complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da antropologia médica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p.497-508, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000300003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/03.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2017.
- BACKES, M. T. S. *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.111-117, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>. Acesso em: 20 maio 2017.
- BAASCH, D.; TREVISAN, R. L.; CRUZ, R. M. Perfil epidemiológico dos servidores públicos catarinenses afastados do trabalho por transtornos mentais de 2010 a 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 5, p. 1641-1650, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.10562015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1641.pdf>. Acesso em: 2 maio 2018.
- BARBIANI, R. *et al.* Metamorfoses da medicalização e seus impactos na família brasileira. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.2, p.567-587, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000200013>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000200013>. Acesso em: 10 mar. 2018.

BASTOS, M. L. A. *et al.* Afastamentos do trabalho por transtornos mentais: um estudo de caso com servidores públicos em uma instituição de ensino no Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 53-59, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1679443520180167>. Disponível em: [file:///C:/Users/fox/Downloads/v16n1a08%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/fox/Downloads/v16n1a08%20(1).pdf). Acesso em: 10 maio 2018.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. *In*: FONSECA, F.; CORBO, A. D. (org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.p.51-86.

BERNARDO, M. H.; GARBIN, A.C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p.103-117, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100010>. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbso/v.41/2317-6369-rbso-41-e23.pdf. Acesso em: 07 mar. 2017.

BESSA, J. H. N.; OLIVEIRA, D. C. O uso da terapia Reiki nas Américas do Norte e do Sul: uma revisão. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. esp1, p. 660-664, 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10048/7834>. Acesso em: 30 abr. 2018.

BIZARRIA, F. P. A.; TASSIGNY, M. M.; FROTA, A. J. A. Política de Assistência à Saúde do Servidor (PASS) e Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS): perspectivas de evolução no campo da saúde do trabalhador. *In*: CONGRESSO ONLINE – GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2, 2013. **Anais [...]**. [S. l.: s. n.], 2013. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/artigo.asp?ev=31&id=7501>. Acesso em: 07 jun.2018.

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, v. 25, n.1, p.67-72, jan./jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n1p67-72>Disponível em: Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MDU/article/.../5608>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 6833, de 29 de abril de 2009**. Dispõe da Implementação do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2020/2009/decreto/d6833.htm. Acesso em: 07 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: file:///C:/Users/Fox/Desktop/cartas_promoção.pdf. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília 2003. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/> Acesso em: 02 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 971 de 3 de maio de 2006b.

Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 143, n. 84, p. 20, 4 maio 2006. Seção 1. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=04/05/2006&jornal=1&pagina=20&totalArquivos=64>. Acesso em: 10 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1823, de 23 de agosto de 2012. Aprova a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 149, n. 165, p. 46, 24 ago. 2012. Seção 1. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/08/2012&jornal=1&pagina=46&totalArquivos=240>. Acesso em: 5 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 143, n. 63, p. 138, 31 mar. 2006. Seção 1. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=31/03/2006&jornal=1&pagina=138&totalArquivos=288>. Acesso em: 20 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 154, n. 60, p. 68, 28 mar. 2017. Seção 1. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=28/03/2017&jornal=1&pagina=68&totalArquivos=132>. Acesso em: 7 jun. 2017.

BRASIL. Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal. In: ENCONTRO NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR, 1, 2008. **Documento oficial [...]**. [S. l.: s. n.], 2008. Disponível em: <http://www.siapenet.gov.br/saude/>. Acesso em: 07 jul. 2016.

BRAUN, V.; CLARK, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, [s. l.], v. 3, n.2, p.77-101, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>. Acesso em: 10 abr. 2018.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 19-42.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>. Acesso em: 10 maio 2016.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 8.ed. São Paulo: Cultrix, 2003.

CARVALHO, F. F. B.; COHEN, S. C.; AKERMAN, M. Refletindo sobre o instituído na promoção da saúde para problematizar “dogmas”. **Saúde Debate**, Rio de

Janeiro, v.41, n.3, p.265-276, set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s320>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0265.pdf>. Acesso em: 10 maio 2018.

CARVALHO, S. R. *et al.* Medicalização: uma crítica (im) pertinente? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.1251-1269, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400011>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01251.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

COSTA, D. *et al.* Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n.127, p. 11-30, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a03.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2016.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 43-58.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

DE' CARLI, J. **Reiki: amor, saúde e transformação**. 7.ed. São Paulo: Editora Alfabeto, 2013

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DEMIR, M. *et al* Effects of Distant Reiki on Pain, Anxiety and Fatigue in Oncology Patients in Turkey: A Pilot Study. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Bangkok, v.16, n. 12, p. 4859-4862, 2015.DOI: <https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.12.4859>. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/54da/07d8b7c7574e978269417eaf6402fbf0fde5.pdf>. Acesso em: 4 maio 2018.

FERREIRA, I. O.; MATOS, S. S. Promoção de saúde no trabalho: uma estratégia de educação para saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João del Rei, v. 3, n. 2, p. 732-745, 2013. Disponível em: www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/364. Acesso em: 10 abr. 2016.

FIGUEIRA, P. L.; CALIMAN, L. V. Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.17-32, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652014000200002>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v26n2/02.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

FLEISHER, K. A. *et al.* Integrative Reiki for cancer patients: a program evaluation. **Integrative Cancer Therapies**, Thousand Oaks, v. 13, n. 1, p. 62-70, jan. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1177/1534735413503547>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1534735413503547>. Acesso em: 15 maio 2018.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

FREITAG, V. L. *et al.* Benefícios do Reiki em População idosa com dor crônica. **Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n.4, p.1032-1040, out./dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001850013>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01032.pdf. Acesso em: 10 maio 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Editora Atlas, 2014.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde – Nêmesis da medicina**. 3. Ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Nova Fronteira, 1975.

KESSLER, U. K. **O caminho do coração**. 4. ed. São Paulo: Editora Ground, 1998.

LACAZ, F. A. C. O Campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf. Acesso em: 6 jun. 2016.

LACAZ, F. A. C. **Construção do campo saúde do trabalhador na área de saúde coletiva**. [S. l.: s. n., 2000]. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_107826829.pdf. Acesso em: 4 maio 2016.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.4, p.1019-1029, jun./abr. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.22302013>. Disponível em: [www.http://.redalyc.org/articulo.oa?id=63030543003](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63030543003). Acesso em: 7 fev. 2018.

LEMOES, D. V. S. Precarização do trabalho docente e os impactos na saúde – o professor no seu limite. **Revista Entreideias**, Salvador, v.3, n.1, p.95-109, jan./jun. 2014. DOI: <https://doi.org/10.9771/2317-1219rf.v3i1.7028>. Disponível em: <file:///C:/Users/fox/Downloads/7028-33795-2-PB.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2017.

LIMA, J. S.; LIMA, S. M. M. Racionalidade e saúde: Reflexões em torno da relação médico/paciente. **Revista Orbis Latina**, Foz do Iguaçu, v.4, n.1, jan./dez. 2014. Disponível em: http://www.humanas.ufpr.br/portal/sociologiasaude/files/2015/10/2014_Revista-Orbis-Latina.pdf. Acesso em: 6 abr. 2018.

LUZ, M.T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XXI. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.

15, p.145-176, 2005.Suplemento. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300008>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2016.

LUZ, M.T. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MALTA, D. C. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p. 1683, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1683.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

MALTA, D. C. *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas, resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1799-1809, jan./jun. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1799.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

MARTINS, M. I. C. *et al.* A política de atenção à saúde do servidor público federal no Brasil: atores, trajetórias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22. N. 5, p. 1429-1440, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33542016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n5/1413-8123-csc-22-05-1429.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MURAKAMI, R.; GOMES CAMPOS, C. J. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.65, n.2, p. 361-367, mar./abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

NASCIMENTO, M. C.; NOGUEIRA, M. I.; LUZ, M.T. Produção científica em racionalidades médicas e práticas de saúde. **Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares**, Santa Catarina, v.1, n.1, 2012. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/cntc/article/view/1000>. Acesso em: 10 jun. 2016.

NASCIMENTO, M. C. *et al.* A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.12, p.3595-3604, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200016>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n12/3595-3604>. Acesso em: 14 ago. 2017.

OLIVEIRA, L. A.; BALDAÇARA, L. R.; MAIA, M. Z. B. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais do Tocantins. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 40, n. 132, p. 156-169, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0303-7657000092614>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v40n132/0303-7657-rbso-40-132-156.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de La OMS sobre medicina tradicional: 2002-2005**. Ginebra: OMS, 2002. Disponível em: www.ses.sp.bvs.br/lis/resource/18657. Acesso em: 2 out. 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional: 2014-2023**. Ginebra: OMS, 2002. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>. Acesso em: 2 out. 2016.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, p. 1801-1811. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300016>. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63018467016>. Acesso em: 7 fev. 2016.

PAIVA, L. M. *et al.* Recortes Históricos da medicalização e a implementação do Fórum sobre a medicalização da educação e da sociedade em Jataí. **Itinerarius Reflectionis**, Jataí, v.12, n.2, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5216/rir.v12i2.43873>. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/43873>. Acesso em: 10 jul. 2018.

PALOTTA, C.A. **Reiki: a cura natural**. São Paulo: Editora DPL, 1999.

PETTER, F. A. **Isto é Reiki: das origens tradicionais japonesas ao uso prático: cura para o corpo, a mente e o espírito**. São Paulo: Editora Pensamento, 2013.

RIBEIRO, C. V. S.; MANCEBO, D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI, **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v.33, n.1, p. 192-207, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000100015>. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282026452016>. Acesso em: 10 abr. 2018.

RICHESON, N. E. *et al.* Effects of Reiki on anxiety, depression, pain, and psychosocial factors in community-dwelling older adults. **Research in Gerontological Nursing**, Portland, v. 3, n. 3, p. 187-199, 2010. DOI: <https://doi.org/10.3928/19404921-20100601-01>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20635803>. Acesso em: 10 abr. 2018.

SADER, M. **O poder do Reiki**. 1.ed. São Paulo: Editora Pensamento, 2012.

SALLES, L. F. *et al.* Efeitos do Reiki na Hipertensão Arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n.5, p. 479-484, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400078>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0479.pdf.

Acesso em: 10 jul. 2018.

SANTI, D. B.; BARBIERI, A. R.; CHEADE, M. F. M. Absenteísmo-doença no serviço público brasileiro: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, São Paulo, v.16, n.1, p. 78-81, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1679443520180084>. Disponível em: [file:///D:/Users/patriciap.UFU/Downloads/v16n1a11%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/patriciap.UFU/Downloads/v16n1a11%20(1).pdf). Acesso em: 30 abr. 2018.

SANTOS, R. C.; MIRANDA, F. A. N. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v.6, n.3, p. 350-359, jul./set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769217313>. Disponível em: <https://periodicos.usfm.br/reufsm/article/view/17313/pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2017.

SELIGMANN-SILVA, E.; FRANCO, T.; DRUCK, G. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.35, n.122, p.229-248, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200006>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v35n122/pdf>. Acesso em: 5 jul. 2017.

SILVA, E. D. C.; TESSER, C. D. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des) medicalização social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2186-2196. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00159612>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/06.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2016.

SOUSA, I. M. C.; TESSER, C. D. Medicina tradicional e Complementar no Brasil: inserção no Sistema Único de Saúde e integração com a atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.1, p. 1-15. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00150215>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n1/1678-4464-csp-33-01-e00150215.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

SOUZA, E. F. A.; LUZ, M. T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. **História, Ciências e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 393-405. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702009000200007>. Disponível em: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=386138044007>. Acesso em: 5 mar. 2016.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde pública ou saúde coletiva? **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.15, n.4, p. 7-21, out./dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.22421/1517-7130.2014v15n4p7>. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude_publica_4.pdf. Acesso em: 5 mar. 2016.

SOUZA, S. A. D.; MOULIN, M. G. B. Serviço Público: significados e sentidos de um trabalho em mutação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v.17, n.1, p.49- 65, 2014. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981->

0490.v17i1p49-65. Disponível em:
<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/112332>. Acesso em: 10 jul. 2018.

STEIN, D. **Reiki essencial**. 14. ed. São Paulo: Editora Pensamento, 2017.

TABET, L. P. *et al.* Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.115, p.1187-1198, out./dez. 2017. DOI:
<https://doi.org/10.1590/0103-1104201711516>. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n115/0103-1104-sdeb-41-115-1187.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2018.

TEIXEIRA, M. Z. Antropologia médica vitalista: uma ampliação ao entendimento do processo de adoecimento humano. **Revista Médica**, São Paulo, v. 96, n. 3, p. 145-158, jul./set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v96i3p145-158>. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/110789/133946>. Acesso em: 30 abr. 2018.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p.914-20, 2008. DOI:
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000500018>. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/7115.pdf>. Acesso em: 3 fev. 2016.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008. DOI:
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/23.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2016.

TESSER, C.D. **Medicinas complementares**: o que é necessário saber (homeopatia e medicina tradicional chinesa/acupuntura). São Paulo: Unesp, 2010.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800009>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/09.pdf>. Acesso em: 4 abr.2016.

TESSER, C. D. Práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas no SUS e na atenção primária a saúde: possibilidades estratégicas de expansão. **Journal of Management and Primary Health Care**, Chichester, v.8, n.2, 2017. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/528/573>. Acesso em: 10 jul. 2018.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. *In*: MINAYO, M. C. S. *et al.* (org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2007, p. 635-667.

YU, W. M. Application of Reiki on depression in nursing: a literature review. **European Psychiatry**, Amsterdam, v. 28, 2013, p. 1. Suplement 1. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)75936-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(13)75936-4). Disponível em: [https://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338\(13\)75936-4/pdf](https://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(13)75936-4/pdf). Acesso em: 5 fev. 2018.

ZANIN, F. C. *et al.* Política de Atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público no Brasil. **Universidade e Sociedade**, Brasília, DF, n.55, 2015. Disponível em: <http://portal.andes.org.br/imprensa/publicacoes/imp-pub-226911099.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2018

ANEXO A PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA REIKI

Pesquisador: Rosimár Alves Querino

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80099117.0.0000.5154

Instituição Proponente: Pro Reitoria de Pesquisa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.447.968

Apresentação do Projeto:

De acordo com os pesquisadores:

"O presente projeto de pesquisa estrutura-se a partir de aportes teóricos sobre as possibilidades de articulação entre práticas integrativas e complementares em saúde (PICs) e promoção da saúde do trabalhador. As PICs têm se destacado por sua abordagem com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, com uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção do cuidado humano, em especial o autocuidado. As PICs e seus praticantes portam saberes/técnicas especificamente voltadas à promoção da saúde que podem ser instrumentos/aliados nas missões a que se propõe esta última (TESSER, 2009)".

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com os pesquisadores:

"Objetivo Geral:

- Analisar as motivações de servidores de instituição federal de ensino para a utilização da Terapia Reiki e as contribuições da prática integrativa para a promoção de saúde do trabalhador.

Objetivos Específicos:

1. Descrever o perfil sócio demográfico e as condições de saúde de servidores de instituição federal

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
 Bairro: Nossa Gra. Abadia
 UF: MG Município: UBERABA
 Telefone: (34)3700-6776

CEP: 38.025-100

E-mail: cep@uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 2.447.068

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFTM dá-se em decorrência do atendimento à Resolução CNS 466/12 e norma operacional 001/2013, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Conforme prevê a legislação, são responsabilidades, indelegáveis e indeclináveis, do pesquisador responsável, dentre outras: comunicar o início da pesquisa ao CEP; elaborar e apresentar os relatórios parciais (semestralmente) e final. Para isso deverá ser utilizada a opção 'notificação' disponível na Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1033315.pdf	18/11/2017 07:17:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_TERAPIA_REIKI_CEP.docx	18/11/2017 07:16:42	Rosimar Alves Querino	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_reiki.pdf	18/11/2017 13:18:25	Rosimar Alves Querino	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_INSTITUICAO.pdf	14/11/2017 11:26:01	Rosimar Alves Querino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO_C_TCLE.docx	14/11/2017 11:25:13	Rosimar Alves Querino	Aceito
Outros	ANEXO_B_ROTARIO_ENTREVISTA.docx	14/11/2017 11:24:58	Rosimar Alves Querino	Aceito
Outros	ANEXO_A_QUESTIONARIO.docx	14/11/2017 11:23:28	Rosimar Alves Querino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Sra. Abadia CEP: 38.025-100
UF: MG Município: UBERABA
Telefone: (34)3700-6776 E-mail: cep@uftm.edu.br

APÊNDICE A POSIÇÕES DE APLICAÇÃO DA TERAPIA REIKI

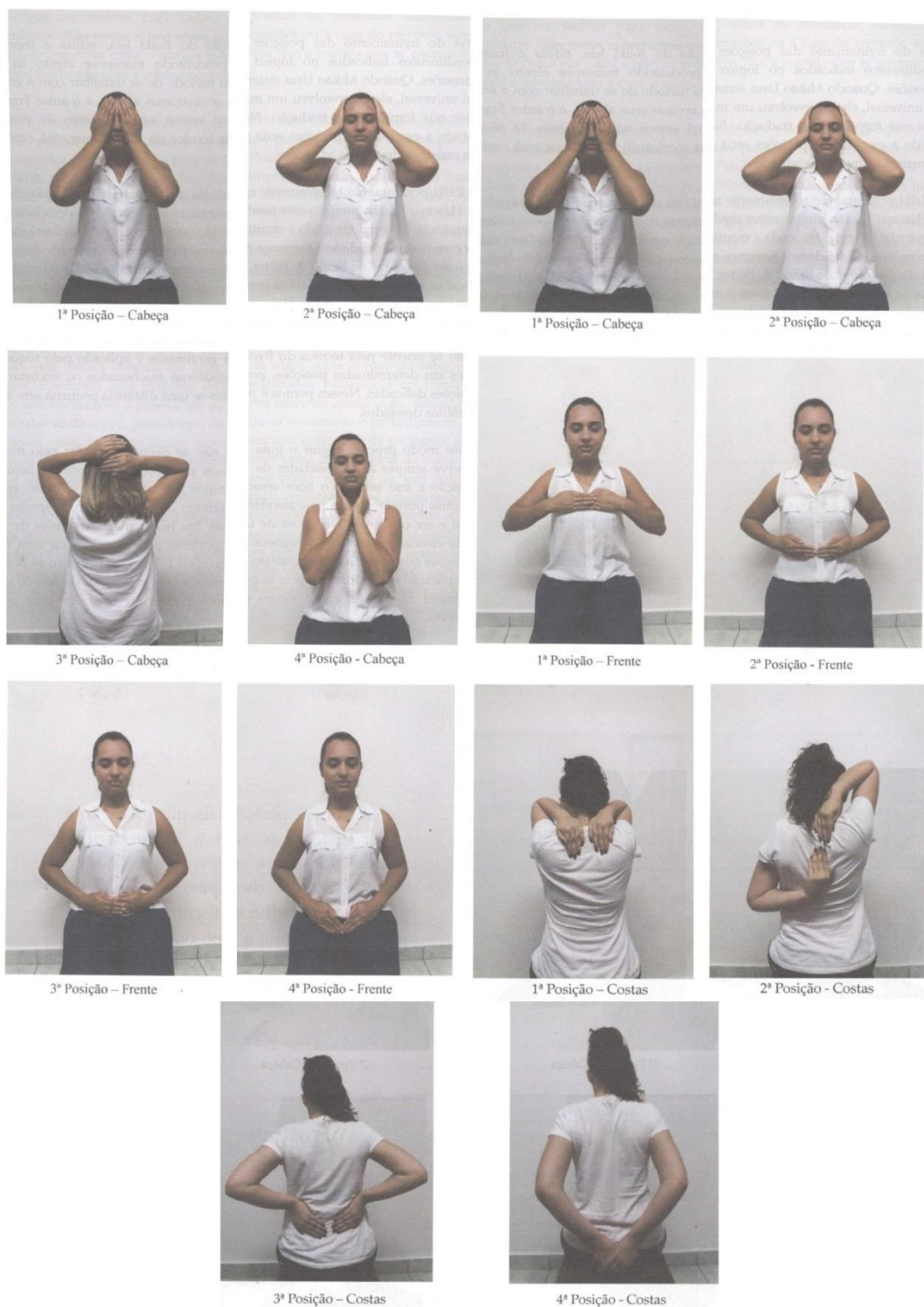


Figura 3 – Posições de auto aplicação do Reiki.

Fonte: Reiki Master Eduardo Isaac Rodrigues.



1ª Posição – Cabeça



2ª Posição – Cabeça

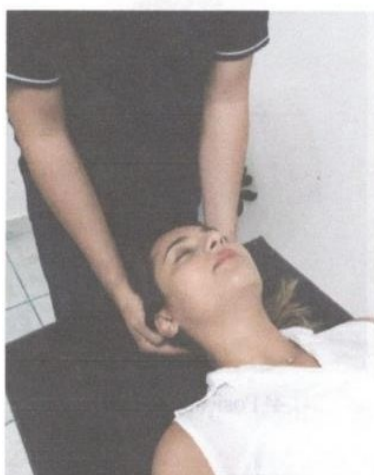


Figura 4- Posições de aplicação do Reiki na cabeça.
Fonte: Reiki Master Eduardo Isaac Rodrigues.

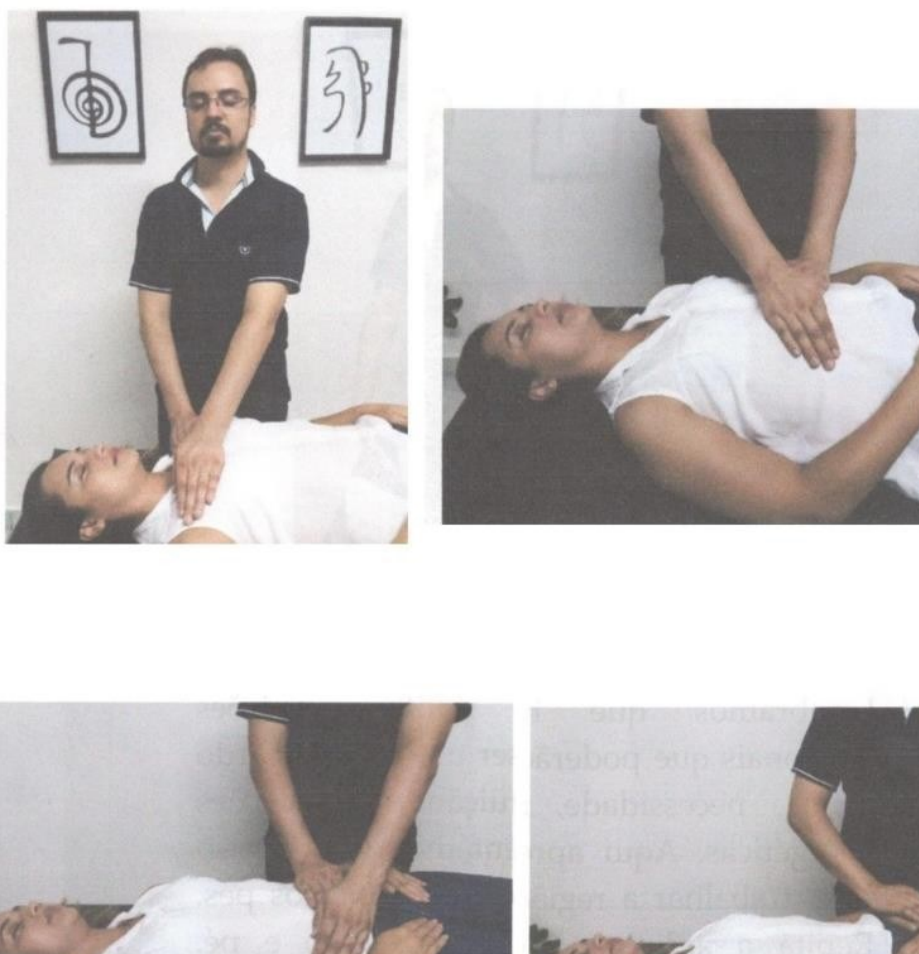


Figura 5- Posições de aplicação do Reiki – frente.
Fonte: Reiki Master Eduardo Isaac Rodrigues.

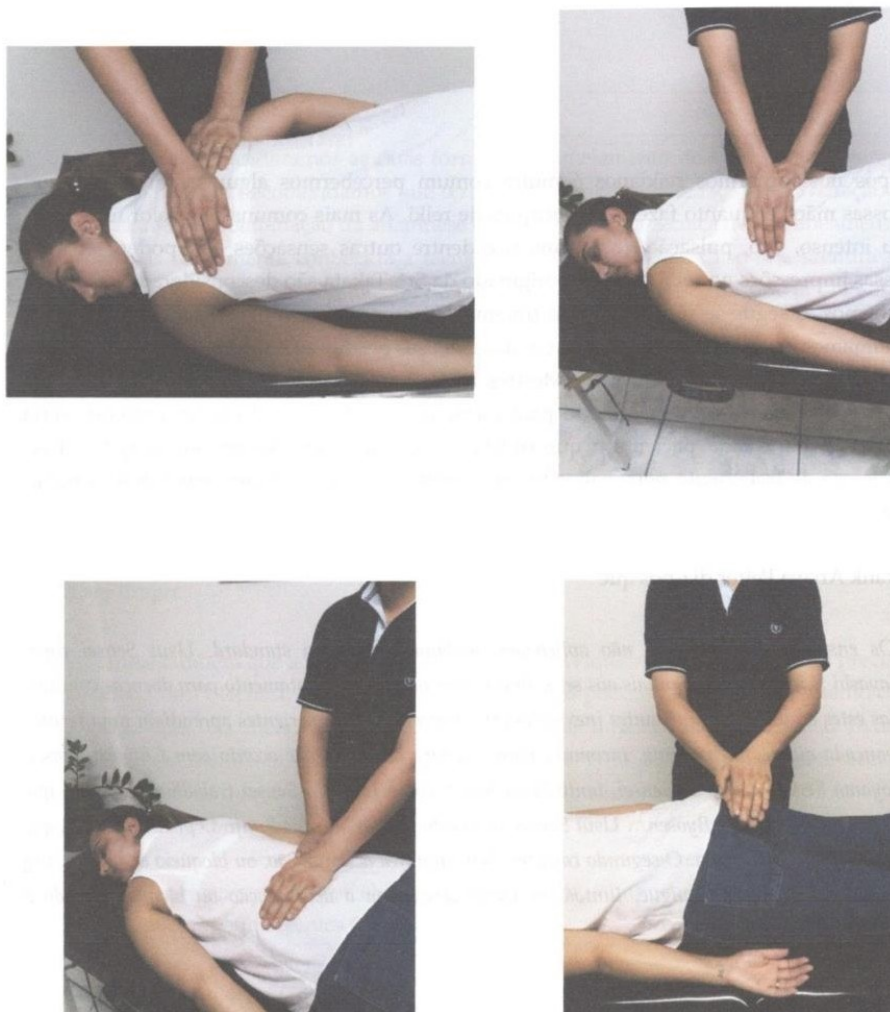


Figura 6- Posições de aplicação do Reiki – costas.
Fonte: Reiki Master Eduardo Isaac Rodrigues.

APÊNDICE B QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS DA TERAPIA REIKI

I. IDENTIFICAÇÃO

1. Idade: _____
2. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
3. Cor: ☐ Branco ☐ Preto ☐ Amarelo ☐ Pardo ☐ Indígena
4. Religião:
☐ Católica ☐ Evangélica
☐ Espírita ☐ Candomblé ☐ Umbanda
☐ Sem religião ☐ Outra: _____
5. Estado Civil:
☐ Solteiro ☐ Em união (casado/união estável/etc.)
☐ Separado/Divorciado ☐ Viúvo

II. ESCOLARIDADE

6. Nível de escolaridade:
☐ Ensino Fundamental incompleto ☐ Ensino Fundamental completo
☐ Ensino Médio incompleto ☐ Ensino Médio completo
☐ Ensino Superior incompleto ☐ Ensino Superior completo ☐ Outro:

Se nível técnico, qual curso?

7. Se graduado, qual curso superior?

8. Pós-Graduação (Indique se está em andamento ou concluída e qual pós):
Especialização: ☐ Em andamento ☐ Concluída -Qual?
Mestrado: ☐ Em andamento ☐ Concluída -Qual?
Doutorado: ☐ Em andamento ☐ Concluída -Qual?

III. TRABALHO NA INSTITUIÇÃO

9. Qual sua profissão?
10. Há quanto tempo atua na instituição?
11. Qual regime de trabalho?
12. Em qual setor da instituição atua?
13. Qual função exerce neste setor da instituição?
14. Há quanto tempo atua neste setor?
15. Qual sua carga horária semanal de trabalho na instituição?
☐ 20horas
☐ 30horas
☐ 40horas
☐ Outra –Qual?
16. Trabalha em outra instituição neste momento? Se sim, preencha o quadro seguinte.

Nome da Instituição e Tipo (público ou privada)	Tipo de vínculo Trabalhista (concursado; contratado CLT; terceirizado ou voluntário)	Carga Horária Semanal	Há quanto tempo trabalha	Função

IV. CONDIÇÕES DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

17. Que instituições de saúde de Uberlândia utiliza?
18. Há Unidade Básica de Saúde em seu bairro? () Sim () Não
19. Você é atendido (a) por equipe saúde da família? () Sim () Não
20. Você possui plano de saúde? () Sim () Não
21. Você possui alguma doença? () Não () Sim – Qual (is)?
22. Faz acompanhamento de saúde? () Não () Sim
23. Se sim, em qual instituição?
24. Com quais profissionais?
25. Faz uso de medicamentos? () Não () Sim
26. Se sim, para quais problemas de saúde?
27. Você conhece o Centro de Referência em Práticas Integrativas de Saúde de Uberlândia?
28. Se sim, já foi atendido no Centro de Referência?
29. Em qual terapia integrativa e complementar foi atendido no Centro de Referência?

APÊNDICE C ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS DO REIKI

1. Utiliza outros serviços/atendimentos oferecidos pela Diretoria? Quais?
2. Você é atendido em algum programa ou projeto específico para saúde do trabalhador?
3. Como teve conhecimento da Terapia Reiki?
4. Antes de ser atendido na Diretoria já havia utilizado práticas integrativas e complementares em outra (s) instituição (ões)?
5. Sua busca pela Terapia Reiki foi espontânea ou foi indicada por outro profissional?
6. Há quanto tempo é atendido na Terapia Reiki na Diretoria?
7. Quais suas motivações para buscar o atendimento na Terapia Reiki na Diretoria?
8. Que benefícios a Terapia Reiki traz/trouxe para você?
9. Nos últimos doze meses, você esteve afastado do trabalho em decorrência de sua condição de saúde?
10. Se sim, se recorda quanto tempo ficou afastado do trabalho e o motivo?
11. Atualmente, faz algum tratamento para sua saúde? Se sim, em qual instituição e com quais profissionais?
12. Em sua avaliação, a Terapia Reiki tem contribuído para sua saúde?
13. Recomendaria a Terapia Reiki para outras pessoas? Porque?
14. O que é saúde para você?
15. Como você define sua condição de saúde, antes e depois do tratamento com Reiki?
16. Em sua percepção, quais as contribuições das Práticas Integrativas e Complementares para a saúde dos trabalhadores?

APÊNDICE D TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA REIKI

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Práticas integrativas e Complementares na promoção da saúde de servidores públicos federais: contribuições da Terapia Reiki” por ser atendido na Terapia Reiki na Unidade SIASS (Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor) da Diretoria de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor (DIRQS) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

O objetivo do estudo é analisar as motivações de servidores de instituição federal de ensino para a utilização da Terapia Reiki e as contribuições da prática integrativa para a promoção de saúde do trabalhador. Os objetivos específicos são: descrever o perfil sócio demográfico e as condições de saúde de servidores de instituição federal de ensino atendidos pela Terapia Reiki ofertada na Unidade SIASS; analisar as percepções de saúde e corporeidade dos usuários da Terapia Reiki e relações com a adesão às práticas integrativas e impactos na condição de saúde; conhecer as motivações dos servidores de instituição federal de ensino para acesso e adesão à Terapia Reiki; compreender as contribuições da Terapia Reiki para a promoção da saúde do trabalhador da Unidade SIASS.

Caso você participe será necessário responder a um questionário estruturado e conceder entrevista sobre o tema proposto. A entrevista será áudio-gravada, transcrita na íntegra para fins de análise e a gravação será destruída após a transcrição. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Espera-se que os benefícios decorrentes da participação nesta pesquisa sejam a compreensão da importância das PICs como uma estratégia para promoção da saúde e da qualidade de vida do trabalhador de instituição federal. A pesquisa dará visibilidade às PICs e sensibilizará os servidores para a sua prática.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Título do projeto: PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA REIKI

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o meu atendimento na Terapia Reiki ou em quaisquer outros serviços ofertados pela Diretoria/XXXXX.

Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.

Uberlândia// _____

Assinatura do voluntário

Documento de identidade

Assinatura da pesquisadora orientadora

Assinatura da pesquisadora

Telefones de contato dos pesquisadores:

Profª Drª Rosimár Alves Querino: XXXXXXXX

Liris Léa Lemos XXXXXXXX

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (34) 3700-6776.

