



PEDRO MOURÃO ROXO DA MOTTA

APLICAÇÃO DAS TÉCNICAS DE IMPOSIÇÃO DE MÃOS NO
CÂNCER, NA DOR E NO STRESS-ANSIEDADE:
REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

CAMPINAS
2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

PEDRO MOURÃO ROXO DA MOTTA

APLICAÇÃO DAS TÉCNICAS DE IMPOSIÇÃO DE MÃOS NO CÂNCER, NA DOR
E NO STRESS-ANSIEDADE: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

ORIENTAÇÃO: Prof. Dr. NELSON FILICE DE BARROS

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-
Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para
obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva na
área de concentração Ciências Sociais em Saúde.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA POR
PEDRO MOURÃO ROXO DA MOTTA, E ORIENTADO PELO
PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS.

Assinatura do Orientador

CAMPINAS
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

M858a Motta, Pedro Mourão Roxo da, 1985-
A aplicação das técnicas de imposição de mãos no câncer, dor e stress-
ansiedade : revisão sistemática da literatura / Pedro Mourão Roxo da Motta. –
Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Nelson Filice de Barros.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de
Ciências Médicas.

1. Neoplasias. 2. Dor. 3. Estresse. 4. Ansiedade. I. Barros, Nelson Filice
de, 1968-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The application of technique of imposition of hands in cancer, pain
and stress-anxiety : sistematic review of literature

Palavras-chave em inglês:

Neoplasms

Pain

Stress

Anxiety

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Nelson Filice de Barros [Orientador]

Pamela Siegel

Ricardo Monezi Julião de Oliveira

Data de defesa: 28-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

PEDRO MOURÃO ROXO DA MOTTA

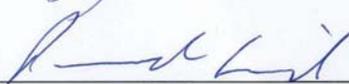
Orientador (a) PROF(A). DR(A). NELSON FILICE DE BARROS

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). NELSON FILICE DE BARROS



2. PROF(A). DR(A). PAMELA SIEGEL



3. PROF(A). DR(A). RICARDO MONEZI JULIÃO DE OLIVEIRA



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 28 de fevereiro de 2014

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, que para mim se manifesta como a consciência cósmica que habita a essência de cada ser vivo.

Aos Mestres Espirituais: Jesus, Virgem Maria, Mestre Gabriel, Ashtar, os Pleiadianos, Obreiros do bem, Egrégora do Reiki, Dhanvantari, Guia de Eva Pierrakos, Saint Germain, Vywamus, Djwhal Khul, Mestra Nada, Mestra Rowena, Kuan Yin, São Cosme e São Damião, Melchizedek, Ganesha, Maytreia, Pai Taruaba e Mestre Kutumi. Por me acompanharem na minha missão espiritual e abrirem os caminhos para meu desenvolvimento interior e sua manifestação na dimensão terrena.

A minha família linda, meu Pai, minha Mãe, minha irmã Carolina e seu marido Renato, e a linda Laís, minha sobrinha e afilhada que está chegando em breve a este mundo, e que já é uma luz em minha vida.

A minha Tia Júlia, pelo apoio, carinho e doação para com a minha pessoa, e para com a humanidade.

Ao meu Tio Luis Augusto, por ter me auxiliado num momento crucial da minha caminhada e prestado o apoio que me permitiu dar a volta por cima.

A Nair e ao Spencer por me auxiliarem a superar as dificuldades do caminho.

Ao meu orientador Nelson Filice de Barros, pela paciência e boa vontade.

A Pamela Siegel e Ricardo Monezi, pelo auxílio no desenvolvimento desta dissertação.

Aos meus queridos amigos Gabriel e Rodrigo, parceiros de aventuras mágicas e transcendentais.

Dedicatória

Esta dissertação é dedicada a minha querida amiga e Tia Júlia, por abrir-me as portas para que meu potencial como ser humano, terapeuta e pesquisador se concretize... Te amo Tia!

RESUMO

Reiki, Toque Terapêutico (TT) e Healing Touch (HT) são Técnicas de Imposição de Mãos (TIM) que trabalham na harmonização do fluxo natural de energia vital do organismo. Esta energia, apesar de ainda não ser qualificada pela física, é citada por alguns autores como sendo o biocampo: o campo de energia intrínseco a todos os seres vivos, chamado também de campo quântico, clássico e não clássico. Um dos efeitos mais comumente reportados proveniente da aplicação dessas técnicas é o relaxamento, este, pode auxiliar na melhora da qualidade de vida de pessoas com câncer, assim como no alívio de sintomas como dor e stress-ansiedade. Este trabalho teve como objetivo verificar o uso e o efeito das TIM aplicadas ao câncer, a dor e ao stress-ansiedade, para isto foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados “PubMed/Medline”, “Lilacs”, “Embase”, “Ebsco” e “Web Of Science” com os termos: “*Reiki and Cancer, Reiki and Pain, Reiki and Stress, Reiki and Anxiety, Therapeutic Touch and Cancer, Therapeutic Touch and Pain, Therapeutic Touch and Stress, Therapeutic Touch and Anxiety, Healing Touch and Cancer, Healing Touch and Pain, Healing Touch and Stress e Healing Touch and Anxiety*”. Foram incluídos artigos sem limite em relação ao tempo e de língua Inglesa ou Portuguesa, foram excluídos artigos de revisão, duplicatas, artigos que não realizaram experimentos em seres humanos e que não reportassem o uso e/ou efeito dessas técnicas. Os resultados demonstram que as TIM são um recurso terapêutico não convencional benéfico para pessoas em tratamento do câncer, com dor e stress-ansiedade, revelando melhores resultados quando aplicadas sob abordagem fenomenológica e personalizada.

Palavras-Chave: Reiki, Therapeutic Touch, Healing Touch, Câncer, Dor, Stress, Ansiedade.

ABSTRACT

Reiki, Therapeutic Touch (TT) and Healing Touch (HT) are Techniques of Laying on of Hands (TLH) that work on harmonizing the natural flow of vital energy in the body. This energy, though not yet described by physics, is cited by some authors as the biofield: the field of energy intrinsic to all living beings, also called quantum, classical and non-classical field. One of the most commonly reported effects from the application of these techniques is relaxation, this can assist in improving the quality of life of people with cancer, as well as in relieving symptoms such as pain, anxiety and stress. This study aimed to examine the use and effect of TLH applied to cancer, pain and stress-anxiety, therefore systematic literature review was performed in the databases "PubMed/Medline ", " Lilacs ", " Embase ", " Ebsco" and " Web of Science " with the words: "*Reiki and Cancer, Reiki and Pain, Reiki and Stress, Reiki and Anxiety, Therapeutic Touch and Cancer, Therapeutic Touch and Pain, Stress and Therapeutic Touch, Therapeutic Touch and Anxiety, Healing Touch and Cancer, Healing Touch and Pain, Healing Touch and Stress and Healing Touch and Anxiety*". Articles were included without limitation in relation to time in English or Portuguese. Review articles, duplicates, items that did not perform experiments on humans and did not report use and/or effect of these techniques were excluded. The results show that TLH is a beneficial unconventional therapeutic resource for people in cancer treatment, or who fell pain and stress-anxiety, revealing better results when implemented in phenomenological and personalized approaches.

Keywords: Reiki, Therapeutic Touch, Healing Touch, Cancer, Pain, Stress, Anxiety.

Epígrafe

“O amor incondicional é a mais poderosa medicina”

Autor desconhecido

LISTA DE FÍGURAS

Figura 1. Etapas para a realização de uma revisão sistemática da literatura.....	10
Figura 2. Critérios de exclusão e seleção dos artigos.....	21
Figura 3. Seleção dos artigos.....	44
Figura 4. Busca e seleção dos artigos.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estudos do Reiki no câncer	25
Quadro 2. Estudos do Therapeutic Touch no câncer.....	26
Quadro 3. Estudos do Healing Touch no câncer.....	27
Quadro 4. Estudos do Reiki na dor.....	49
Quadro 5. Estudos do Therapeutic Touch na dor.....	50
Quadro 6. Estudos do Healing Touch na dor.....	51
Quadro 7. Estudos do Reiki no stress-ansiedade.....	78
Quadro 8. Estudos do Therapeutic Touch no stress-ansiedade.....	79
Quadro 9. Estudos do Healing Touch no stress-ansiedade.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS

PIC – Práticas Integrativas e Complementares

TT – Therapeutic Touch

HT – Healing Touch

TIM – Técnicas de Imposição de Mãos

NCCAM – National Center of Complementary and Alternative Medicine

CE – Campo de Energia

MBE – Medicina Baseada em Evidência

EUA – Estados Unidos da América

SUS – Sistema Único de Saúde

FI – Fator de Impacto

SNAS – Sistema Nervoso Autônomo Simpático

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO GERAL	25
CAPÍTULO I - A APLICAÇÃO DE TÉCNICAS DE IMPOSIÇÃO DE MÃOS NO CÂNCER: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	39
CAPÍTULO II - A APLICAÇÃO DE TÉCNICAS DE IMPOSIÇÃO DE MÃOS NA DOR: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	61
CAPÍTULO III- A APLICAÇÃO DE TÉCNICAS DE IMPOSIÇÃO DE MÃOS NO STRESS-ANSIEDADE: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS	123

INTRODUÇÃO GERAL

Atualmente o uso das práticas integrativas e complementares (PIC) é grande tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. É crescente na literatura o número de publicações utilizando as PIC, suas motivações variam entre aspectos biológicos: para o fortalecimento do sistema imunológico, alívio dos efeitos colaterais do tratamento convencional e prevenção do retorno da doença; psíquicos: para melhora da qualidade de vida, bem estar e redução do stress; e técnicos: devido à insatisfação com a terapêutica convencional, principalmente, relacionado aos efeitos secundários e a falta de vínculo com os profissionais (1).

Reiki, Therapeutic Touch (TT) e Healing Touch (HT) são PIC consideradas Técnicas de Imposição de Mãos (TIM), pois trabalham manualmente e visam o reequilíbrio e harmonização do sistema energético do ser humano. Todas se baseiam na existência de uma energia vital, chamada de “Prana” para os Hindus, “Chi” para os Chineses, “Ki” para os Japoneses e “Orgone” para o psiquiatra Wilhelm Reich. Apesar desta energia ainda não ser qualificada pela física, ela é descrita por alguns autores como o biocampo, que seria o Campo de Energia (CE) intrínseco a todos os seres vivos, chamado também de campo quântico, clássico e não clássico (2). Diferente da lógica mecanicista e cartesiana, que associa o corpo humano a uma máquina, composta de engrenagens que funcionam independentes entre si, essas técnicas trabalham com a lógica vitalista onde a vida contém um princípio vital que a move, anima e interliga todas as suas partes.

O Reiki é uma técnica de canalização da energia vital através de símbolos e sons sagrados. Estes símbolos atuam como chave para abertura do canal para que esta energia chegue de forma abundante até o terapeuta utilizando-o para chegar ao paciente. Ele é comumente aplicado através do toque das mãos no corpo do paciente em posições específicas, ou à distância mesmo a outra pessoa se encontrando em outro lugar do planeta.

A palavra “Rei” em japonês significa Universal e “Ki” é o termo usado para descrever a energia vital que carrega a força da vida: a criativa e organizada energia que suporta e sustenta todas as coisas vivas. Da união da palavra “Rei-universal” com a palavra “Ki-energia vital” temos “energia vital universal” (3).

Em uma aplicação de Reiki não é necessário que o terapeuta direcione a energia para lugares específicos do corpo do paciente ou tenha a intenção de curá-lo, pois, pelo atributo “Rei” da energia o “Ki” se direciona para onde é necessário, o que atenua a preocupação do terapeuta em relação à perda de sua energia, pois esta ao passar pelo seu corpo antes de chegar ao paciente, beneficia também o terapeuta. Este é um dos motivos de não existirem contra indicações para o Reiki (4).

Diversas linhas de Reiki foram criadas com sua proliferação pelo mundo, técnicas de aplicação, novos símbolos e outros conceitos foram incorporados a sua prática, porém, no presente trabalho, se aprofundará apenas no método Usui, com o objetivo de promover maior elucidação sobre esta linha.

Mikao Usui é citado na literatura pesquisada como o redescobridor do Reiki, porém há uma diversidade de histórias diferentes contadas, devido às inúmeras adaptações feitas para introduzir essa prática na cultura ocidental (4). Alguns autores relatam que o Reiki tem sua origem há 3000 anos A.C. nas escrituras sagradas do Tibet (Sutras Tibetanos) (5). Porém, até o presente momento, não existem provas empíricas que sustentem essa afirmação.

A formação do Reikiano é feita em três níveis, de forma direta, segura e fácil de aprender, podendo ser realizado por qualquer pessoa, independente de profissão, credo, ou etnia. Não necessita de condições ou equipamentos especiais, apenas de um Mestre que irá ensinar os símbolos e sons sagrados para o aluno, assim como os conceitos e diretrizes que regem a canalização da energia vital (6).

O primeiro nível é considerado como “O Despertar” onde o Reikiano receberá uma limpeza de seus canais de energia em sua iniciação sagrada, aprenderá sobre a importância do auto-tratamento para uma mudança interior, e a alteração do estado de negativismo para o positivismo. Dependendo da linhagem do praticante de Reiki ele receberá ou não um símbolo e um som sagrado no nível I, porém há divergências entre as linhas sobre esta conduta. Este símbolo está relacionado ao corpo físico e é um amplificador de energia, ele concentra a energia num foco centralizado no aqui e agora (7,8).

Após a iniciação no nível I de Reiki existe um período de 21 dias de purificação energética onde é recomendado ao praticante se autoaplicar Reiki diariamente, não ingerir carnes nem bebidas alcoólicas e beber muita água. Isto leva um praticante de Reiki a desenvolver a consciência de autocuidado, o que dissemina e contagia todos ao seu redor, criando, assim, de maneira sutil esta consciência coletiva na cultura.

Quando o praticante de Reiki é iniciado no nível II ele passa de uma atitude de autoconhecimento para uma intervenção sem limites em sua consciência e em sua volta (8). Recebe mais dois símbolos e sons sagrados, sendo o primeiro deles relacionado ao aspecto emocional e mental do ser humano, este símbolo trabalha com a dissolução de padrões negativos vindos de lembranças assim como desordens psicológicas (7). O outro símbolo, recebido pelos Reikianos durante a iniciação sagrada do nível II, está relacionado ao tempo-espaço, passado, presente e futuro no aqui agora, este símbolo é utilizado pelo Reikiano para enviar Reiki ao passado, ao futuro e a outro lugar do planeta (7).

A iniciação no nível III de Reiki recebe o nome de “Mestre de si”, neste degrau do Reiki, o terapeuta recebe mais um som e um símbolo sagrado, este símbolo trata a doença em sua essência, o que para muitos significa seu início no corpo espiritual, ele também amplifica e expande a conexão do terapeuta com fonte primordial de vida, levando a sua capacidade de ser um canal da cura a níveis mais altos (7).

No Brasil o Reiki é dentre as PIC a mais utilizada no Sistema Único de Saúde (25,6%) (9), isso se deve a inúmeros motivos, dentre eles o fato de não ter contra indicação, não necessitar de procedimentos invasivos, não necessitar de esforço físico, possibilitando uma prática de restabelecimento de energia de fácil e simples acesso. O *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) dos Estados Unidos da América caracteriza o Reiki como uma terapia complementar (10).

TT foi inventado pela enfermeira Dolores Krieger em 1972, e baseia-se no reequilíbrio e harmonização do CE. Para os praticantes desta técnica o corpo é um sistema dinâmico de energia que interliga os aspectos físicos, emocionais,

mentais e espirituais, e trabalhando no CE pode-se, conseqüentemente, interferir nestas diferentes dimensões facilitando assim a cura (11).

Os passos para a realização do TT são:

- 1- Centralização: É o momento onde o terapeuta se centra na sensibilidade de suas mãos a fim de perceber o outro e curá-lo. Utiliza-se de exercícios específicos para que o terapeuta atinja seu equilíbrio e silencie a mente.
- 2- Acesso e avaliação do CE do paciente: O terapeuta toca o CE do paciente colocando suas mãos numa distância de 6 a 12 cm da pele percorrendo o CE no sentido crânio caudal, percebendo qualquer desarmonia existente, como: pressão, tamanho e forma, diferenças de temperatura, formigamentos, choques elétricos e enrugamentos.
- 3- Tratamento e modulação do CE: depois que as alterações são constatadas, o terapeuta deve restituir o padrão natural do CE através do alisamento, desobstrução e oposição de sensações.
- 4- Balanceamento final e estabelecimento do fluxo energético: o terapeuta mantém o CE do paciente homogêneo e harmônico, fluindo em harmonia no sentido crânio caudal, direcionando energia para a região das glândulas supra-renais.
- 5- Avaliação: O terapeuta reavalia os achados no CE do paciente para comparar os achados com os da próxima sessão, nem sempre ele consegue uma harmonização total e é importante o terapeuta estar ciente de suas limitações (12, 13, 14).

Além destes procedimentos é necessário que o terapeuta esteja saudável, centralizado e equilibrado do ponto de vista energético e com a intenção de ajudar o paciente (15).

HT foi criado por Janet Mentgen, uma enfermeira que trabalhou 43 anos observando a conexão inter-relacional entre enfermeiras e pacientes, para, após esta observação, criar Healing Touch como tratamento energético em 1989, a fim de expandir essa conexão. Trata-se de uma terapia energética que envolve o uso das mãos do praticante sobre e no corpo do paciente, utiliza do toque para

acessar e determinar áreas de desequilíbrio de energia, percebidas como mudanças na temperatura, textura, ou vibração. O terapeuta desbloqueia a energia no corpo, promovendo cura física e equilíbrio emocional, mental e espiritual. O HT irá restaurar a harmonia e o equilíbrio do sistema de energia da pessoa para ajudá-la na “autopoiese” (16).

Todas essas técnicas trabalham, de alguma forma, com a importância do autocuidado e autoconhecimento do terapeuta. O Reiki, por necessitar, por parte do iniciado, de um processo de purificação energética de 21 dias antes que ele possa ser aplicado em outras pessoas. O TT e o HT, pela necessidade do terapeuta estar centrado e em paz para poder ministrar essas técnicas em outros seres humanos.

Isso difere muito da lógica de uma terapia mecanizada, em que o processo terapêutico é visto apenas como o reparo de engrenagens, dispensando, dessa forma, qualquer importância de desenvolvimento interior tanto por parte do terapeuta, como por parte do paciente. O autocuidado e o autoconhecimento inerentes ao processo terapêutico de práticas como as TIM pode interferir diretamente não só no tratamento de uma moléstia, mas também para que tanto o terapeuta quanto o paciente possam se desenvolver como seres humanos nesta troca mútua que é a experiência terapêutica (17).

Isso implica em reconhecer que o tratamento de uma doença não deve ser de domínio apenas do terapeuta, mas, ao contrário, transcórrer em parceria com o paciente, o qual deve sentir-se também responsável pela sua doença ou bem estar, porque, desta forma, o paciente participa ativamente na terapêutica como um realizador do potencial de saúde. Neste contexto, a doença não necessita de uma conotação negativa, sendo vista como uma limitação e uma oportunidade para aprender mais sobre a totalidade do ser (17).

O terapeuta percebe-se como pessoa, não se coloca distanciado do paciente, passando a existir um processo comunicativo que favorece uma percepção mais eficiente da realidade do paciente, deixando de lado preconceitos e relacionamentos estereotipados, a isso, denomina-se participação entusiasta no ato de conhecer. Na lógica de terapias como as TIM, há a compreensão de que o

terapeuta não está separado de seus pacientes, que há uma reciprocidade em todas as interações, através das quais todos se beneficiam. Com isso a aplicação das TIM é vista como um processo de desenvolvimento interior tanto do terapeuta como do paciente (17).

O crescimento da pesquisa sobre o uso das TIM é evidente no cuidado de doenças como, por exemplo, o câncer. Estas produções científicas procuram responder: a necessidade de disponibilizar informações nos meios de comunicação, principalmente em relação ao custo dos tratamentos; a toxicologia das intervenções quando as TIM são utilizadas com tratamentos convencionais ou utilizadas sozinhas; a avaliação funcional das intervenções e a possibilidade de incorporá-las na prática médica convencional (1).

O câncer é uma doença crônica que envolve uma série de mudanças e dificuldades, afetando os pacientes em seu aspecto biológico, psicológico e social. No Brasil o câncer é a segunda maior causa de morte, as longas filas para o tratamento e a demora pela assistência são os maiores fatores pelos índices de mortalidade; um estudo sustenta que, no país, 63% dos pacientes com câncer utilizam alguma forma de PIC. Nos EUA o centro Nacional do Câncer encontrou que, dependendo do tipo de câncer, entre 9% a 91% dos pacientes oncológicos usam alguma forma de PIC (16).

Crescentes evidências suportam a conexão entre mente e corpo, e sugerem o importante benefício de intervenções nesta dimensão do cuidado no auxílio do tratamento oncológico (18). As TIM, por sua vez, têm sido aplicadas aos pacientes com câncer como terapia complementar em adição à terapia convencional. Elas são usualmente utilizadas para tratar os sintomas secundários e colaterais ocasionados pela quimioterapia como dor, stress e ansiedade, tendo sido reportadas por promoverem relaxamento, facilitando a cura e sentimentos de bem estar (19).

As TIM têm sido estudadas pela comunidade científica também como recurso alternativo e complementar para o alívio da dor, que pode tanto ser causada por uma doença ou um trauma, como também pelos procedimentos médicos decorrentes da administração de fármacos. Uma de suas conseqüências

é o desenvolvimento de disfunções psicológicas: alguns achados revelam que o stress e a ansiedade estão correlacionados à dor, e que existem outras consequências psicológicas da mesma como o decréscimo da socialização, depressão, insônia e imobilidade. Os avanços no tratamento da dor identificaram uma variedade de opções farmacológicas e não farmacológicas em seu tratamento, porém existem altos riscos, principalmente em idosos, do tratamento farmacológico. As evidências revelam que a eficácia de terapias que induzem ao relaxamento tem crescido e que o uso das TIM pode diminuir a dosagem de medicamentos reduzindo, assim, o risco dos efeitos colaterais dos fármacos (20, 21).

Um dos efeitos mais comumente reportados nos relatos dos pacientes e nas pesquisas sobre as TIM é o relaxamento, o que pode contribuir para o alívio do sintoma stress-ansiedade. O termo stress foi introduzido na área da saúde a primeira vez em 1936, pelo fisiologista canadense Hans Selye, para designar a resposta geral e inespecífica do organismo a um estressor, ou a uma situação estressante. É entendido como stress o estado gerado por estímulos que acarretam em excitação emocional, perturbam assim a homeostasia, acionando um processo de adaptação que se caracteriza pelo aumento de secreção de adrenalina, noradrenalina e cortisol, gerando inúmeras manifestações sistêmicas, com alterações psicológicas e fisiológicas (22,23).

A pessoa responde ao stress através de sua capacidade de resposta em interação com o meio externo, que compreende aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, com a intenção de obter uma melhor percepção, melhor processamento da informação disponível e soluções para a seleção de condutas em que o organismo possa agir de forma vigorosa e rápida. A ativação fisiológica freqüente, decorrente de estímulos estressores recorrentes, pode levar ao aparecimento de distúrbios diversos, como, por exemplo, a ansiedade (22, 23, 24).

A ansiedade é uma experiência humana que preenche um papel funcional na interação com o meio ambiente, mas também pode ocorrer como sintoma de várias doenças, sob a forma de "stress" ou como distúrbio psiquiátrico. Pode ser

definida como um estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático, que tem relação com outra emoção – o medo, e esta comumente relacionada a um evento futuro e, por vezes, considerada desproporcional a uma ameaça real. Seus sintomas somáticos são descritos pelo senso comum como “coração apertado”, “frio na barriga”, “nó na garganta” e é sentida como paralisante. Os estados fisiológicos correspondentes são: taquicardia, aumento da temperatura da pele, hiperventilação, sufocamento, sudorese, tremores e dores, que são acompanhados de dificuldade de concentração, angústia, medo, insegurança entre outros (23, 24).

A ansiedade e o stress têm suas raízes em diversas reações motivadas pela emoção de medo, do ponto de vista biológico em resposta aos perigos encontrados no meio ambiente, quando, por exemplo, um animal depara com uma ameaça ao seu bem-estar, a sua integridade física, ou até mesmo a sua sobrevivência. Em seu aspecto social, devido a inúmeros aspectos da vida moderna que geram preocupação e tensão, que têm por base o medo. Esses sintomas, de stress e ansiedade, produzem, portanto, um estado de vigilância no organismo, a fim de que o indivíduo possa se manter alerta para enfrentar desafios naturais e/ou sociais (22, 24).

As informações sobre o uso e o efeito das TIM no tratamento de pessoas com câncer, dor e stress-ansiedade, são poucas e muito dispersas. Nessa medida, realizamos três Revisões Sistemáticas da Literatura, com artigos indexados em diferentes bases de dados, sobre o uso e o efeito das TIM e sua relação com o local de publicação, ano de publicação, metodologia empregada e fator de impacto do jornal em que o artigo foi publicado.

Os dados coletados revelaram uma visão mais ampla deste campo do conhecimento e suas lacunas, podendo facilitar a construção de futuros estudos sobre a utilização destas terapias no câncer, dor e stress-ansiedade. Trouxe, também, uma elucidação do uso e efeito de cada uma das técnicas, o que pode colaborar para o avanço das práticas não convencionais nos diferentes serviços do Sistema Único de Saúde.

II- OBJETIVO

Geral

Analisar sistematicamente a literatura sobre o uso e efeito do Reiki, Toque Terapêutico e Healing Touch no cuidado do câncer, dor e stress-ansiedade.

Específicos

Analisar a metodologia dos estudos realizados com Reiki, Toque Terapêutico e Healing Touch no cuidado do câncer, dor e stress-ansiedade.

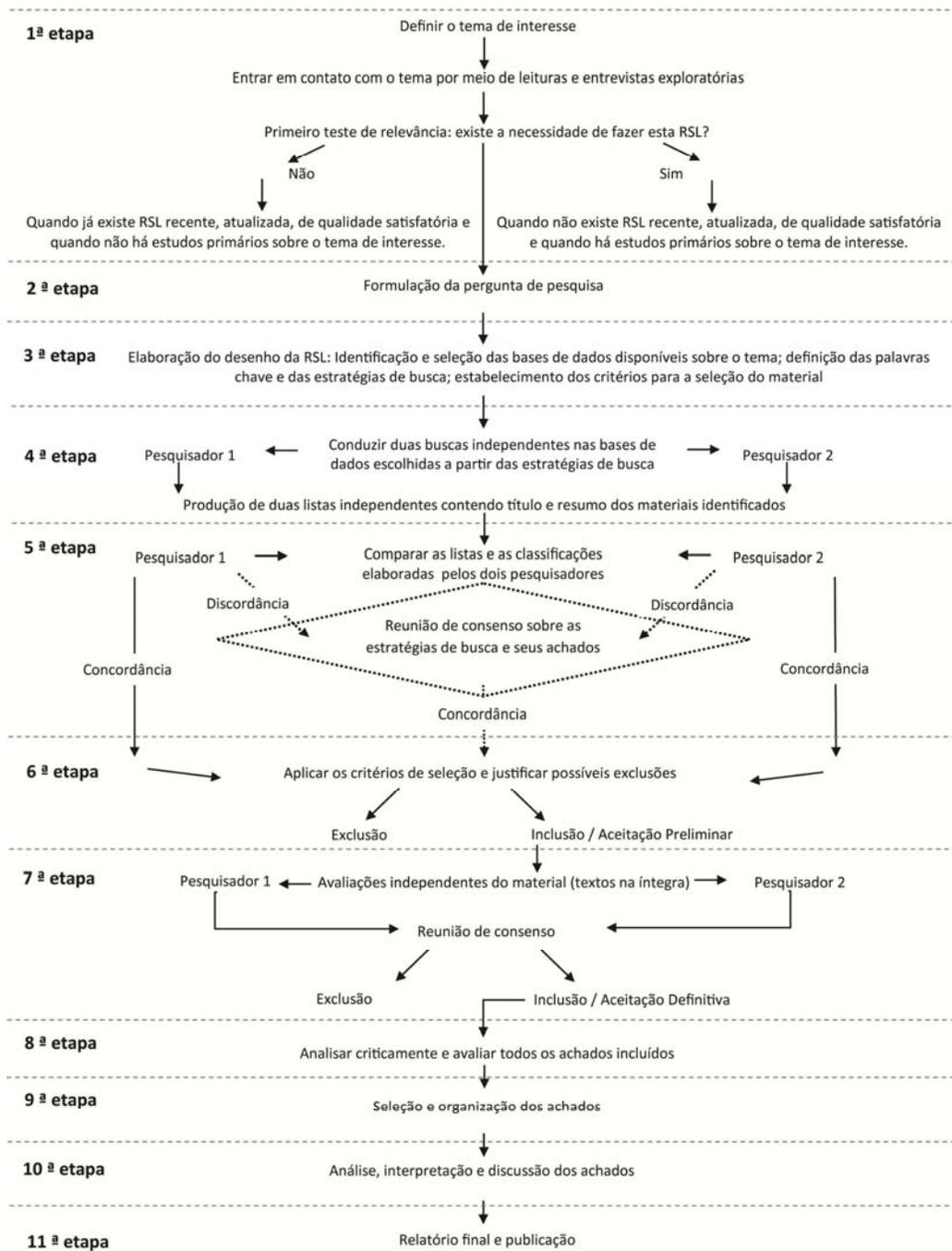
Analisar as relações entre os resultados e o local de publicação, ano de publicação e fator de impacto do jornal em que o artigo foi publicado.

Analisar os resultados obtidos com a aplicação das técnicas de Reiki, Toque Terapêutico e Healing Touch no cuidado do câncer, dor e stress-ansiedade.

III - MATERIAL E MÉTODOS

O método selecionado neste trabalho foi o da Revisão Sistemática da Literatura (RSL) pela necessidade de compilação das evidências científicas disponíveis, construindo assim conclusões advindas de diferentes fontes. Considera-se fundamental este passo para determinar o conhecimento atual sobre o tema escolhido, devido ao modo sistemático de identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes a respeito do mesmo tema (25). Com a RSL é possível identificar a eficácia das intervenções em saúde por resumir as evidências favoráveis, ou desfavoráveis aos procedimentos realizados nas terapêuticas prestadas, o que proporciona um refinamento das terapêuticas oferecidas. A RSL será conduzida de acordo com as 11 etapas descritas a baixo (26):

FIGURA 1: ETAPAS PARA A REALIZAÇÃO DE UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA



1ª Etapa: Definição do tema de interesse

O tema escolhido foi o uso e efeito do Reiki, Therapeutic Touch e Healing Touch, no tratamento de pessoas com câncer, dor e stress-ansiedade. Foi identificada na literatura a necessidade de se realizar três revisões distintas: a) uso e efeito das TIM no tratamento do câncer; b) uso e efeito das TIM no tratamento da dor; c) uso e efeito das TIM no tratamento do stress-ansiedade. Esta última consistindo em uma RSL para dois sintomas devido ao pequeno número de estudos primários publicados.

2ª Etapa: Formulação da pergunta de pesquisa

Este trabalho tem a seguinte pergunta inicial: *Qual é o uso e o efeito das técnicas de Reiki, Therapeutic Touch e Healing Touch em pacientes com câncer, dor e stress-ansiedade?*

3ª Etapa: Elaboração do desenho da RSL

Este projeto elegeu as bases de dados PubMed/Medline, Lilacs, Embase, Ebsco e Web Of Science para o levantamento bibliográfico, pois a inclusão do maior número possível de estudos é vital em uma RSL, com o fim de que a análise possibilite conclusões precisas e diminua vieses. As buscas foram realizadas em março de 2013, e depois refeitas em outubro de 2013 nas cinco bases selecionadas.

Foram adotados como critérios de inclusão:

- artigos de qualquer data e nacionalidade,
- artigos de língua inglesa ou portuguesa que contenham em seu título ou resumo as palavras chave “Reiki and Cancer”, “Reiki and Pain”, “Reiki and Stress”, “Reiki and Anxiety”, “Therapeutic Touch and Cancer”, “Therapeutic Touch and Pain”, “Therapeutic Touch and Stress”, “Therapeutic Touch and Anxiety”, “Healing Touch and Cancer”, “Healing Touch and Pain”, “Healing Touch and Stress”, “Healing Touch and Anxiety”.

Foram adotados como critérios de exclusão:

- artigos que relatem experimentos que não foram realizados em seres humanos;
- artigos que não eram sobre a patologia ou os sintomas pesquisados.
- artigos indisponíveis na íntegra nas diferentes bases de dados.
- artigos de revisão.
- artigos que não relatavam o uso/efeito das TIM no câncer, dor, stress e ansiedade.
- artigos que fossem duplicatas.
- artigos de revisão de literatura.

4ª Etapa: Produção das duas listas independentes

Apenas um pesquisador participou da busca onde foram encontrados 250 artigos das TIM no câncer, 562 na dor e 291 no stress-ansiedade nas cinco bases de dados consultadas. No entanto, a lista de achados foi discutida e validada com outro pesquisador.

5ª Etapa: Reunião de Consenso

A reunião de consenso não foi necessária uma vez que a validação realizada pelo segundo pesquisador não apontou divergências.

6ª e 7ª Etapa: Critérios de seleção e Reunião de consenso

As exclusões foram realizadas com base nos critérios descritos na 3ª Etapa, de forma que:

- dos 250 artigos das TIM no tratamento do câncer, foram selecionados 35 para leitura na íntegra dos quais 19 foram incluídos.
- dos 562 artigos das TIM no tratamento da dor, 43 foram selecionados para leitura na íntegra dos quais 30 foram incluídos.
- dos 291 artigos das TIM no tratamento do stress e ansiedade, 40 foram selecionados para leitura na íntegra e 24 foram incluídos.

A soma total dos artigos utilizados nessa tese foi de 73.

8ª Etapa: Análise crítica dos achados

Nesta fase foi avaliado o rigor metodológico e as características dos artigos escolhidos. Além disso, o fator de impacto, local de publicação, ano, país, metodologia, objeto de estudo, resultados e conclusões, também foram analisados. Para avaliar o fator de impacto dos periódicos foi utilizado o índice do Journal Citation Reports (27).

9ª Etapa: Seleção e organização dos achados

Para se organizar as informações constantes nos artigos é necessária a utilização de um instrumento adequado, que permita organizar e classificar os dados. Para isso, os artigos foram analisados conforme: autor e ano de publicação, periódico publicado e seu fator de impacto, país onde foi publicado; objeto do estudo; metodologia empregada, resultados e conclusões.

10ª Etapa: Análise, interpretação e discussão dos achados

Apresentados na forma de artigos nas sessões que seguem.

11ª Etapa: Relatório final e publicação

Apresentados na forma de artigos nas sessões que seguem.

**CAPÍTULO I: A aplicação de Técnicas de Imposição de Mãos no Câncer:
Revisão Sistemática da Literatura**

The application of Technique of Imposition of Hands in the Câncer: Systematic Literature Review

Autores:

Pedro Mourão Roxo da Motta¹, Nelson Filice de Barros².

¹ Mestrando - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – Campinas, SP, Brasil

² Pós-Doutor, Coordenador do LAPACIS – Laboratório de Práticas Alternativas Complementares e Integrativas em Saúde - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – Campinas, SP, Brasil

Dados para correspondência:

LAPACIS – Laboratório de Práticas Alternativas Complementares e Integrativas em Saúde, Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP

Departamento de Saúde Coletiva.

Endereço: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126

Cidade Universitária "Zeferino Vaz" - Campinas - SP - Brasil - CEP: 13083-887

Fone (19) 3521.9240 - 3521.8036

E-mail: terapeutapedromotta@hotmail.com

Resumo

O objetivo é analisar, por revisão sistemática da literatura, o uso e o efeito de técnicas de imposição de mãos (TIM): Reiki, Therapeutic Touch e Healing Touch, no câncer. Foram realizadas buscas no PubMed/MedLine, Lilacs, Web of Science, Ebsco e Embase, em outubro de 2013, selecionados 19 artigos e analisados em relação à: *metodologia, objeto de estudo, fatores de impacto dos jornais, países de desenvolvimento, ano de publicação e resultados alcançados*. A literatura mostra: predominância de metodologia quantitativa; uso das TIM no cuidado de sintomas de ansiedade ou dor provocados pelo câncer; predomínio de publicações no EUA; publicação do primeiro artigo indexado em 1999; publicações em jornais de baixo ou nenhum fator de impacto conforme o Journal Citation Reports; e predominância de estudos com resultados estatisticamente significativos. Apesar de a maioria dos estudos apresentarem resultados positivos, nenhum avaliou o impacto das TIM no foco da doença, o que gera uma lacuna neste campo do conhecimento e a secundarização destas técnicas como recurso de tratamento.

Palavras-Chave: Reiki, Therapeutic Touch, Healing Touch, Câncer, Neoplasia.

Abstract

The objective is to analyze, according to a systematic literature review, the use and the effect of techniques of laying on hands (TLH): Reiki, Therapeutic Touch and Healing Touch in cancer. Searches were performed in PubMed/Medline, Lilacs, Web of Science, Embase and Ebsco, in October 2013, 19 articles selected and analyzed following issues: *Methodology, object of study, impact factors of journals, developing countries, year of publication and results*. The literature shows: predominance of quantitative methodology, use of TLH in the care of symptoms of anxiety or pain caused by cancer; predominance of publications in the U.S; publication of the first indexed article in 1999; publications with low or no impact factor as Journal Citation Reports; and predominance of studies with statistically significant results . Although most studies report positive results, none have evaluated the impact of TLH on the focus of disease, which creates a gap in this field of knowledge and sidelines these techniques as a treatment resource.

Keywords: Reiki, Therapeutic Touch, Healing Touch, Cancer, Neoplasia.

INTRODUÇÃO

Reiki, Therapeutic Touch (TT) e Healing Touch (HT) são Técnicas de Imposição de Mãos (TIM) que trabalham e visam o reequilíbrio e harmonização do sistema energético do ser humano. O Reiki é uma técnica de canalização de energia vital através de símbolos e sons sagrados, que atuam como chave para canalização da energia pelo terapeuta para o paciente. Apesar desta energia ainda não ser qualificada pela física moderna, alguns autores relatam a existência de um biocampo, que seria o campo de energia (CE) intrínseco a todos os seres vivos, chamado também de campo quântico, clássico e não clássico (1).

A palavra “Rei” em japonês significa universal, e “Ki” é o termo usado para descrever a energia vital que carrega a força da vida. Da união da palavra “Rei-universal” com a palavra “Ki-energia vital” temos “energia vital universal”. É comumente aplicado por meio do toque das mãos no corpo do paciente em posições específicas, ou à distância, mesmo a pessoa se encontrando em outro lugar do planeta (2).

Durante uma aplicação de Reiki, não é necessário o direcionamento da energia ou a intenção de curar por parte do terapeuta, pois, pelo atributo “Rei” da Energia, o “Ki” se direciona para onde é necessário, isto atenua a preocupação do terapeuta em relação à perda de sua energia, pois ao passar pelo seu corpo, antes de chegar ao paciente, beneficia também o terapeuta.

Mikao Usui é citado na literatura pesquisada como o redescobridor do Reiki, porém há uma diversidade de histórias diferentes contadas devido às inúmeras adaptações feitas para introduzir essa prática na cultura ocidental (3). Alguns autores relatam que o Reiki tem sua origem há 3000 anos A.C. nas escrituras sagradas do Tibet (Sutras Tibetanos) (4). Porém, até o presente momento, não existem provas empíricas que sustentem essa afirmação.

Após redescobrir o Reiki, Mikao Usui, inicia Chujiro Hayashi no ano de 1925, como Mestre Professor. Hayashi, que era médico aposentado da marinha, leva essa terapia para sua clínica em Tóquio. Em 1939 Hayashi inicia Hawayo Takata como Mestre Professora, que, por sua vez, trabalha intensamente o Reiki no Hawaii, Japão e Estados Unidos, formando 22 Mestres entre homens e

mulheres. O ocidente veio conhecer o Reiki em meados de 1970 e o Brasil em 1982.

O Reiki, com sua chegada no ocidente, sofreu inúmeras alterações para se adaptar a esta cultura. Quando ele foi redescoberto por Mikao Usui era aplicado de maneira mais intuitiva; não existia um protocolo de tratamento como atualmente no ocidente, ao invés disso, existia um método de diagnóstico específico, onde os alunos treinavam intensamente captar distúrbios energéticos no corpo para reequilibrá-los. Sem contar que, a formação de um Reikiano, por vezes, durava a vida inteira, já que um aluno poderia levar em média 10 anos para passar de um nível para o outro, após longo período de prática e dedicação. Porém, atualmente, a mudança de nível ocorre quando a pessoa tem disponibilidade de tempo e dinheiro para custear o curso do próximo nível (5).

O Reiki tem um papel importante no desenvolvimento da consciência do autocuidado, pois antes de poder aplicar Reiki em outras pessoas é necessário que o iniciado se autoaplique diariamente uma hora e dez minutos, durante 21 dias, como processo de purificação energética. Isto leva ao desenvolvimento do autocuidado, por parte do terapeuta de Reiki, o que pode criar, de maneira sutil, esta consciência coletiva na cultura.

O *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) dos Estados Unidos da América caracteriza o Reiki como uma terapia complementar (6). No Brasil, dentre as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) encontradas pelo Ministério da Saúde em 2004, o Reiki foi identificado como a mais utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS) (25,6%) (7). Isso se deve a inúmeros motivos, dentre eles o fato de não ter registro de contra indicação, não necessitar de procedimentos invasivos, não necessitar de esforço físico e possibilitar uma prática de restabelecimento de energia de fácil e simples acesso.

O TT foi criado pela enfermeira Dolores Krieger em 1972 e está baseado no reequilíbrio e harmonização do CE humano. Nesta prática o ser humano é considerado um sistema dinâmico de energia que interliga os aspectos físicos, emocionais, mentais e espirituais. Trabalhando no CE o terapeuta interfere nestas diferentes dimensões facilitando, assim, a cura (8).

Os passos para a realização do TT são: a) *centralização*, momento onde o terapeuta se centra na sensibilidade de suas mãos a fim de perceber o outro e curá-lo; b) *acesso e avaliação do CE do paciente*, o terapeuta toca o CE do paciente colocando suas mãos numa distância de 6 a 12 cm da pele e percorre-o percebendo qualquer desarmonia existente; c) *tratamento e modulação do CE*, o terapeuta deve restituir o padrão natural do CE; d) *balanceamento final e estabelecimento do fluxo energético*, o terapeuta mantém o CE do paciente homogêneo e harmônico; e) *avaliação*, o terapeuta reavalia os achados no CE do paciente para comparar os achados com os da próxima sessão. Além destes procedimentos é necessário que o terapeuta esteja saudável, centralizado e equilibrado do ponto de vista energético e com a intenção de ajudar o paciente (9, 10, 11).

HT é um tratamento energético criado com o fim de expandir a conexão inter-relacional entre enfermeiras e pacientes, em 1989, por Janet Mentgen, uma enfermeira que trabalhou 43 anos observando essa conexão. Para se aplicar o HT é necessário que o terapeuta esteja centrado e em paz, então ele utilizará suas mãos sobre e no corpo do paciente, para acessar e determinar áreas de desequilíbrio de energia, percebidas como mudanças na temperatura, textura, ou vibração. Com a aplicação do HT pretende-se restaurar a harmonia e o equilíbrio energético facilitando assim a “autopoiese” (12).

Há inúmeras distinções entre essas técnicas, pois o Reiki, ao que tudo indica, é uma técnica milenar que tem sua origem no oriente, utiliza de símbolos e sons sagrados para a canalização de energia vital, e tem como premissa um processo de 21 dias de autoaplicação, para o iniciado poder aplicar em outras pessoas. O TT e o HT têm como premissa que o terapeuta esteja centrado e em paz, com a intenção de curar o paciente para ser aplicado. Além disso, diferentemente do Reiki, foram criados no ocidente recentemente, trabalham com o CE do ser humano, não utilizam de símbolos nem sons, apenas a percepção energética das mãos do terapeuta para harmonizar o CE do paciente. Apesar das distinções entre as técnicas, elas se assemelham no tocante que todas trabalham de alguma forma com o autocuidado do terapeuta.

As TIM são uma versão contemporânea de práticas ancestrais de cura pelas mãos, têm sido utilizadas em diversas circunstâncias e com diversos propósitos com o intuito de promover relaxamento e melhora da qualidade de vida, ou então para tratar os sintomas secundários ocasionados por doenças e seus respectivos tratamentos (13).

A pesquisa sobre o uso das TIM no tratamento de doenças como, por exemplo, o câncer tem crescido nos últimos anos. As produções científicas sobre estas técnicas no câncer procuram responder à necessidade de disponibilizar informações nos meios de comunicação, principalmente em relação ao custo dos tratamentos e a toxicologia das intervenções em dois momentos: quando são utilizadas com tratamentos convencionais ou utilizadas sozinhas (14).

O câncer é uma doença crônica que envolve uma série de mudanças e dificuldades, afetando os pacientes em seus aspectos biológico, psíquico e social. O centro Nacional do Câncer dos Estados Unidos encontrou que entre 9% e 91% dos pacientes oncológicos usam alguma forma de PIC (15). No Brasil o câncer é a segunda maior causa de morte, as longas filas para o tratamento e a demora pela assistência são os maiores fatores pelos índices de mortalidade. Existem poucas pesquisas sobre o uso das PIC no tratamento oncológico no Brasil, um estudo sustenta que 63% dos pacientes com câncer utilizam alguma forma de PIC (16).

Crescentes evidências suportam a veracidade da conexão entre mente e corpo, e sugerem o importante benefício de intervenções nesta dimensão do cuidado no auxílio do tratamento oncológico (15). As TIM, por sua vez, têm sido aplicadas aos pacientes com câncer como terapia complementar em adição a terapia convencional, usualmente para tratar os sintomas secundários e colaterais ocasionados pela quimioterapia e radioterapia, como: dor, stress e ansiedade (12).

Este artigo tem como objetivo analisar sistematicamente a literatura sobre o uso e efeito das TIM no câncer, por meio da análise do objeto de estudo, da metodologia utilizada na investigação, do fator de impacto do jornal em que o artigo foi publicado, do país em que o estudo foi desenvolvido, do ano de publicação e dos resultados do uso das TIM no cuidado do câncer.

METODOLOGIA

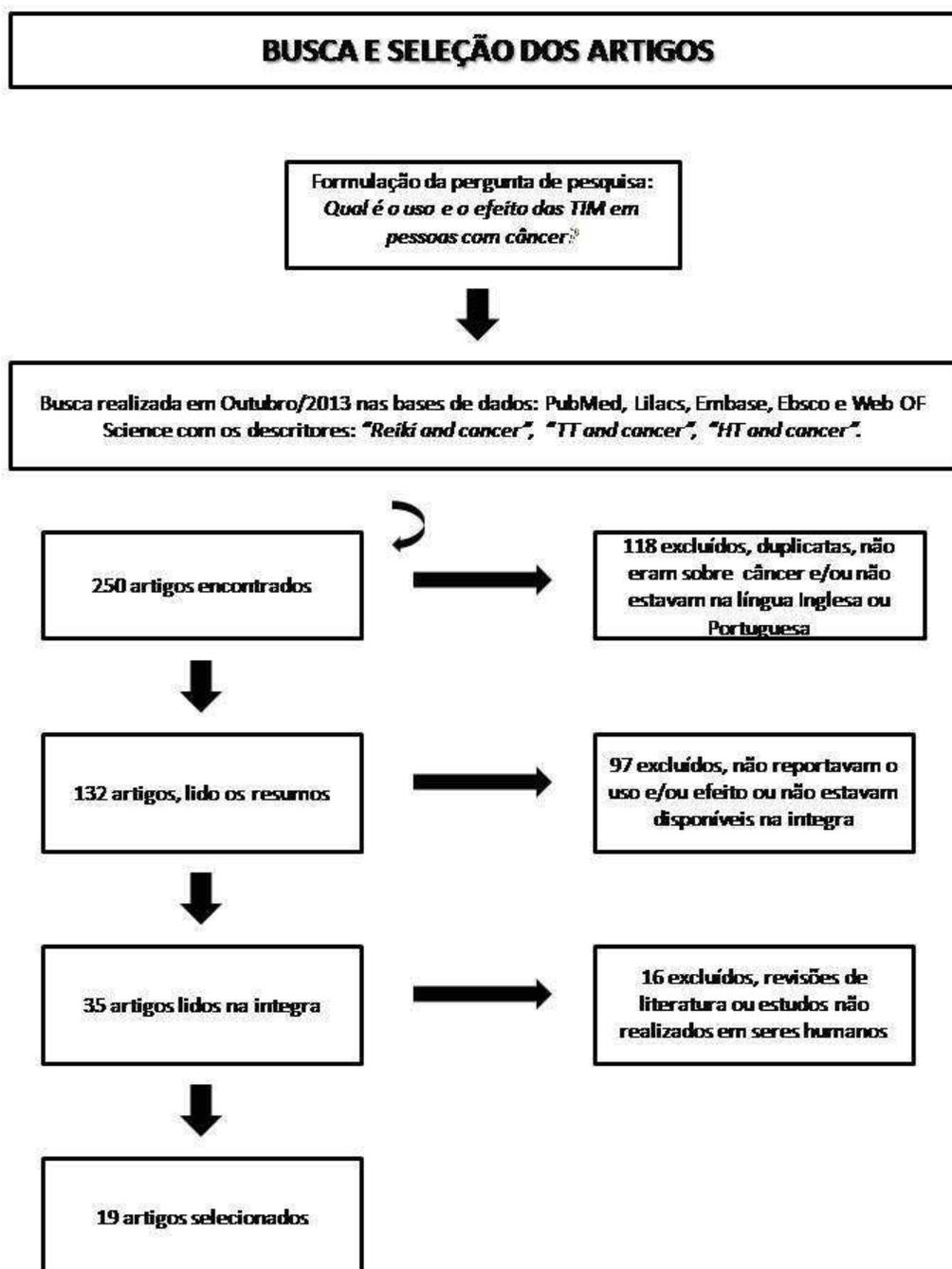
Pela necessidade de compilação das evidências científicas disponíveis, construindo assim conclusões advindas de diferentes fontes, o método selecionado neste trabalho foi o da Revisão Sistemática da Literatura (RSL). Após a escolha do tema de interesse foi realizada a busca e seleção dos artigos conforme consta na Figura 1. Posteriormente os trabalhos selecionados foram analisados criticamente conforme os objetivos do estudo (17). Foram adotados como critérios de inclusão:

- artigos de qualquer data e nacionalidade.
- artigos de língua inglesa ou portuguesa que continham em seu título ou resumo as palavras chave: “Reiki and Cancer”; “Therapeutic Touch and Cancer”; “Healing Touch and Cancer”.

Foram adotados como critérios de exclusão:

- artigos que relatem experimentos que não foram realizados em seres humanos.
- artigos que não eram sobre o câncer.
- artigos indisponíveis na íntegra nas diferentes bases de dados.
- artigos de revisão.
- artigos que não relatavam o uso/efeito das TIM no câncer.
- artigos que fossem duplicatas.
- artigos de revisão de literatura.

FIGURA 2 – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO E SELEÇÃO DOS ARTIGOS



RESULTADOS

A primeira publicação indexada sobre a aplicação das TIM no câncer data o ano de 1999, o que revela tratar-se de um campo relativamente novo de pesquisa. Além disso, conforme o quadro 1, 2, e 3 existe uma concentração de estudos das TIM, 13 dos 19 artigos, publicados a partir de 2007, o que pode ser um indício de que a comunidade científica esta se interessando mais por estas terapias no cuidado de pacientes com câncer.

Dos 19 artigos analisados, 13 foram publicados nos EUA, dos quais 7 obtiveram resultados estatisticamente não significativos e 6 significativos. No Canadá, foram publicados 3 artigos, Inglaterra, Irã e Brasil publicaram um cada um, todos com resultados significativos. Os dados demonstram a predominância de estudos na América do Norte, 16, em sua maior parte nos EUA, 13, o que pode ser explicado pelo alto investimento que este país faz em pesquisas em PIC, sobretudo após a criação do NCCAM em 1998.

Os estudos apresentam uma predominância metodológica quantitativa, 15 entre 19, destes 9 são experimentais, 2 quase experimentais, 4 observacionais e 4 qualitativos. A ênfase na metodologia quantitativa pode constituir um viés de pesquisa em TIM, sendo que a aplicação destas técnicas é única e individual e a padronização intrínseca dos desenhos de pesquisa controlados e randomizados não se adéquam a esta lógica (18).

Em relação ao FI dos jornais em que os artigos foram encontrados, observa-se que apenas 10 dos 19 foram publicados em jornais com descrição no Journal Citation Reports (18). Destes, os três estudos com maior fator de impacto são os de; Kelly et al (20) e Catlin et al (21) publicados no periódico *Oncology Nursing Forum*, e Olson et al (22) publicado no *Journal of Pain and Symptom Management*, ambos com FI de 2,50. Após estes, os trabalhos com maior FI são os de; Fleisher et al (23), FitzHenry et al (24), Wong J et al (25), Tsang et al (26) e Post-White J et al (12), todos publicados no *Integrative Cancer Therapies* com FI de 2,35. Em seguida, se apresenta o artigo de Frank LS et al (27) publicado no periódico *Pain medicine* cujo FI é de 2,34. E o trabalho com o menor FI é o de

Marcus et al (28) publicado no *American Journal Hospice Palliative Care* cujo FI é de 1,23.

Apenas alguns artigos foram publicados em periódicos com descrição do FI e todos são considerados de baixo impacto. A possível interpretação proveniente deste dado é que há uma dificuldade dos pesquisadores em publicar pesquisas em TIM especificamente e PIC em geral em revista de maior visibilidade, o que reflete a marginalização deste campo de pesquisa em relação à hegemonia biomédica.

Dos 19 artigos selecionados, 12 obtiveram resultados significativos, destes 3 avaliaram os resultados da aplicação das TIM na fadiga, dor e ansiedade em pacientes com câncer; 2 em pacientes com efeitos colaterais ocasionados pela quimioterapia; e 1: na qualidade de vida; na dor e uso de medicamentos; na dor e fadiga; em pacientes problemas de concentração mental em diferentes estágios da doença; em pacientes com ansiedade; em crianças com sintomas de dor, stress e fadiga; e em pacientes com sintomas de fadiga e náusea.

Sete estudos obtiveram resultados não significativos, 2 em relação ao uso das TIM aplicadas aos efeitos colaterais de pacientes recebendo quimioterapia, 2 em pacientes com câncer de mama e sintomas de ansiedade, depressão e fadiga, e 1: no bem estar em pacientes com câncer de próstata; na ansiedade de mulheres passando por biopsia; na qualidade de vida e progressão da doença em mulheres com câncer de ovário. Apesar de 7 dos 19 estudos terem tido resultados não significativos, não houve estudos que apontam ação prejudicial das TIM, levantando a possibilidade de que estas práticas são seguras e sem contra indicação.

Nenhum estudo avaliou o impacto das TIM no foco da doença e sim nos sintomas secundários da mesma. Além disso, em geral, os artigos estudaram pacientes com câncer de qualquer tipo, ou não descreveram o tipo de câncer que os pacientes submetidos aos estudos tinham. Dos 19 artigos apenas 6 descrevem o tipo de câncer que o paciente portava, 3 de mama, 1 de próstata, 1 de ovário e 1 com leucemia. Estes dados revelam a complexidade do estudo das TIM no câncer, já que, cada tipo tem suas atribuições e características singulares.

Nos resultados demonstrados no quadro 1, dos 19 artigos 7 utilizaram o Reiki, sendo que 4 deles obtiveram resultados estatisticamente significativos e 3 não significativos. O quadro 2, constituído de 6 artigos, demonstra o uso e o efeito do TT aplicado ao cuidado de pacientes oncológicos, onde 5 obtiveram resultados estatisticamente significativos e 1 resultado não significativo. No quadro 3, estão apresentados os 6 estudos sobre o HT, sendo 3 com resultados estatisticamente significativos e 3 não significativos. É importante salientar que na maioria dos estudos o número de participantes foi baixo, o que pode ter influenciado os estudos com resultados estatisticamente não significativos.

Os instrumentos utilizados para verificar o efeito das TIM em pacientes com câncer foram variados: quatro autores utilizaram o *Functional Assessment of Cancer Therapy* (15, 26, 29, 30); três o *Quality of Life* (22, 24, 29); três o *Epidemiological Studies Depression Scale* (15, 30, 31); três autores utilizaram a *Escala Visual Analógica* (22, 27, 32); dois *Escala Auto Referida* (28, 33); dois o *Distress Thermometer* (23, 34); dois autores utilizaram o *State-Trait Anxiety Inventory* (31, 35); e os instrumentos que seguem foram utilizados por apenas um autor cada: *Well-Being Analog Scale* (21), *Healing Touch Comfort Questionnaire* (21), *Rothen Fatigue Scale* (32), *Telephone Interview Guide* (20), *Feeling Thermometer* (25), *My Fatigue Meter* (25), *Spielberg State Anxiety Inventory* (15), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (31). Houve ainda autores que mensuraram os níveis do *IgA salivar* (29), outros os sinais vitais, como *pressão sanguínea, batimento cardíaco e respiratório* (12), além de alguns que construíram *narrativas de pacientes* (36).

Devido ao pequeno número de artigos não é possível fazer distinções em relação às técnicas e seus resultados, os quais, apesar de em sua maioria serem positivos, são insuficientes para afirmações mais assertivas a respeito destas técnicas no cuidado de pessoas com câncer. Contudo, promovem um vislumbre dos possíveis efeitos benéficos das TIM.

QUADRO 1: ESTUDOS DO REIKI NO CÂNCER

Referência	Técnica NS/DI/GE	Uso	Efeito
Fleisher et al 2013	Reiki NS- N/I DI- 20 GE- 213	Ansiedade, stress, dor e fadiga em pacientes com câncer	Melhora significativa de todas as variáveis
Marcus et al 2013	Reiki NS- N/I DI- 282 GE-145	Dor, stress e ansiedade em pacientes com câncer	Melhora significativa de todas as variáveis
Catlin A; Taylor-Ford RL; 2011	Reiki NS-01/ DI- 20 GE-63/ GC-63/GP-63	Bem estar em pacientes recebendo quimioterapia	Não houve diferença significativa
Beard C; et all; 2011	Reiki NS-16/ DI-50 GE-36 GC-18	Bem estar em pacientes com câncer de próstata	Não houve diferença significativa
Tsang KL; etall 2007	Reiki NS-07/DI- 45 GE-08/GC-08	Fadiga, dor e ansiedade em pessoas com câncer	Melhora significativa de todas as variáveis
Potter PJ; 2007	Reiki NS-02/DI- 54/GE-18/GC-17	Ansiedade em mulheres com câncer de mama	Não houve diferença significativa
Olson K; et all 2003	Reiki NS-02/DI- 60 GE-11/GC-13	Dor e qualidade de vida em pacientes oncológicos	Melhora significativa de todas as variáveis

N/I- Não informado NS- Número de sessões DI – Duração da intervenção em minutos. GE- Grupo experimental GC- Grupo controle GP – Grupo placebo

QUADRO 2: ESTUDOS DO THERAPEUTIC TOUCH NO CÂNCER

Referência	Técnica NS/DI/GE	Uso	Efeito
Aghabati N; et al 2010	TT NS-05/ DI-30 GE-30/GC- 30/GP-30	Efeitos colaterais provenientes da quimioterapia	Dor e fadiga tiveram uma melhora significativa no GE em relação ao GP e GC
Frank LS; et al 2007	TT NS-01/DI- 10 GE-42/GP- 40	Ansiedade e dor em mulheres ao passarem por biopsia	Não houve diferença significativa
Kelly AE; et al 2004	TT NS-02/DI- 10 GE-18	Mulheres com câncer de mama e sintomas de stress e ansiedade	Promoção de sentimentos de calma, relaxamento, segurança, conforto e melhora da atenção
Hallet A 2004	TT NS-N/I/DI- N/I GE-07	Falta de concentração mental em pacientes com câncer	Os relatos demonstram que o TT promove clareza e foco.
Sá AC et al 2003	TT NS-07/DI- N/I GE-N/I	Efeitos colaterais da quimioterapia	Melhora da dor, náusea e dos níveis de hemoglobina
Lafreniere KD; et al 1999	TT NS-03/DI- N/I GE- 22/GC-19	Ansiedade e relaxamento em pacientes com Câncer	Diminuição significativa da ansiedade

N/I- Não informado NS- Número de sessões DI – Duração da intervenção em minutos. GE- Grupo experimental GC- Grupo controle GP – Grupo placebo

QUADRO 3: ESTUDOS DO HEALING TOUCH NO CÂNCER

Referência	Técnica NS/DI/GE	Uso	Efeito
FitzHenry 2013	HT NS- N/I DI-45 GE- 20 GP-21	Fadiga em pacientes com câncer de mama	Não houve diferença significativa
Wong J; et al 2012	HT NS- 03/DI-30 GE-06/GC-03	Crianças com câncer e sintomas de dor, stress e fadiga.	Melhora significativa de todas as variáveis
Judson PL; et al 2011	HT NS-06/DI- 30/GE- 23/GC-20	Qualidade de vida em mulheres com câncer de ovário	Não houve diferença significativa
Lutgendorf SK; et al 2010	HT NS-24/DI- 20 a 30 GE-17/GC-17	Pessoas recebendo quimioterapia	Não houve diferença significativa
Danhauer SC; et al 2008	HT NS-03/DI- 30 GE-12	Pacientes com Leucemia e sintomas de fadiga e náusea.	Melhora significativa de todas as variáveis
Post-White et al 2003	HT NS-04/DI- 45 GE-56/GC- 108	Pessoas com câncer de qualquer tipo	Diminuição da fadiga, P.A. batimento cardíaco, frequência respiratória e melhora do ânimo.

N/I- Não informado NS- Número de sessões DI – Duração da intervenção em minutos. GE- Grupo experimental GC- Grupo controle GP – Grupo placebo

DISCUSSÃO

A pesquisa das TIM no câncer se baseia única e exclusivamente na sua utilização como recurso complementar em adição ao tratamento convencional. Não existem dados científicos que confirmem que estas técnicas não possam ser utilizadas como recurso alternativo, assim partir do pressuposto de que elas não curam o câncer é basear-se em pré-noções.

Outro possível viés metodológico que a maioria dos estudos apresenta é relativo à padronização da técnica, pois dos 15 estudos que apresentam protocolo associado à aplicação das TIM, 7 deles obtiveram resultados não significativos enquanto 8 resultados significativos. Entretanto nos 4 estudos que utilizaram uma abordagem individual e não padronizada, todos tiveram resultados significativos, o que indica que os efeitos dessas técnicas são melhor percebidos pelos pacientes e efetuados pelos terapeutas sob abordagem fenomenológica.

Dos 12 estudos que relatam a formação do terapeuta que aplicou a técnica 7 foram de terapeutas experientes, sendo 4 com resultados significativos e 3 não significativos, e 5 de terapeutas inexperientes, sendo que apenas 1 com resultados significativos e 4 não significativos. Porém, devido ao pequeno número de artigos que descrevem este dado, não é possível tirar conclusões se o nível de experiência dos praticantes interferiu nos resultados.

O tempo de intervenção e número de sessões, aparentemente, não influenciou o resultado dos estudos. O que destoa das conclusões de Lafreniere et al (35) que as TIM têm efeito acumulativo, pois em seu artigo os melhores resultados foram obtidos na última sessão.

Apenas 3 estudos utilizaram grupo placebo, todos com resultados não significativos. Em estudos como estes o uso das TIM tem sido criticado em relação aos resultados alcançados, pois segundo alguns pesquisadores provêm apenas do efeito placebo. No entanto, em grande parte das vezes, a metodologia destes estudos atende ao modelo de estudos clínicos randomizados, excluindo o valor da interação terapeuta-paciente e a intencionalidade do terapeuta constituindo, assim, um viés metodológico (37).

A secundarização da metodologia qualitativa dificulta a criação de evidências do uso das TIM no tratamento do câncer, criando lacunas neste campo de conhecimento. É necessário expandir as fronteiras da ciência para que a pesquisa em TIM se alinhe ao modelo de cuidado convencional. É imprescindível compreender que na pesquisa ortodoxa ou não-ortodoxa o método científico é valorizado pelo seu rigor, porém as evidências têm sido rejeitadas ou confirmadas de acordo com a visão de mundo da comunidade acadêmica (18).

Em relação ao suposto efeito placebo que as TIM possam apresentar, é importante salientar que por serem terapias que não utilizam nenhum arcabouço inerente ao imaginário da medicina convencional, têm um efeito psicológico muito mais brando comparadas a outras PIC, como a acupuntura e a fitoterapia, que utilizam instrumentos consagrados no imaginário biomédico como fármacos e agulhas.

Este imaginário biomédico criou e é recriado pela Medicina Baseada em Evidência (MBE), a qual modela: a forma dos serviços de saúde, os fundos de saúde e as políticas, práticas e modelos de cuidado. Assim, estipulam qual tratamento é válido, os caracteres da doença, qualidade de vida, e ultimamente as chances de sobrevivência (38). No entanto, isto ocorre também no universo das práticas não convencionais, pois apesar de o Reiki ser a PIC mais utilizada no SUS em 2004 ele não entrou na PNPIC em 2006, pelo motivo de esta técnica não ter evidências suficientes (7).

Sabe-se que a biomedicina obteve sucesso devido ao desenvolvimento e à ostentação da tecnologia e valores particulares na natureza da produção do conhecimento, porém as TIM são terapias que não utilizam tecnologias duras, o que lhe gera marginalização e a quase impossibilidade de validar seus resultados positivos. Portanto, a MBE aumenta a polarização cultural na construção do que é um conhecimento legítimo, marginalizando dados qualitativos e desenhos de pesquisa mais adequados às TIM especificamente e PIC em geral (18, 38).

Um dos limites deste trabalho consiste no fato de a maioria dos estudos serem aplicados a pacientes com câncer com diversos sintomas e aspectos diferentes associados a esta doença, o que dificulta a avaliação objetiva das TIM

no câncer. Outro limite é relativo ao número reduzido de artigos indexados identificados e analisados, devido ao fato de este campo de pesquisa ser bastante novo.

CONCLUSÃO

Este estudo promove um vislumbre dos possíveis efeitos benéficos das TIM no cuidado de pessoas em tratamento do câncer, assim como os limites causados por vieses metodológicos provenientes de estudos quase exclusivamente quantitativos.

Há evidências de que a pesquisa das TIM no câncer destoa da lógica biomédica, e a validação de abordagem fenomenológica é um ponto crucial a ser desenvolvido para que haja uma melhor compreensão deste tema. Assim, futuros estudos devem incluir mensurações qualitativas que dêem voz aos terapeutas e pacientes, para compreender como eles experimentam essas técnicas, como elas podem colaborar para a melhora da qualidade de vida do paciente oncológico, bem estar e outras variáveis indispensáveis para o enfrentamento de tratamentos longos e difíceis.

As TIM colaboram com a ecologia dos saberes, ao ampliar o escopo de atuação terapêutica e incluir formas alternativas de tratamento que podem promover saúde, pois permitem a manutenção e melhora da qualidade de vida com técnicas não invasivas de baixo custo, e com pequenos registros de contra indicações a pacientes que passam pela severidade desta doença. Colaboram, também, com a integralidade do cuidado ao paciente oncológico ao tratá-lo de maneira multidimensional, com uma abordagem centrada na pessoa, considerando dimensões que vão além do biológico e da doença, como por exemplo, o campo de energia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- VanderVaart S, Berger H, Tam C, Goh YI, Gijsen VM, de Wildt SN, Taddio A, Koren G. The effect of distant reiki on pain in women after elective Caesarean section: a double-blinded randomized controlled trial. *BMJ open* 2011; 1(1):e000021

2- VanderVaart S, Gijsen VM, Wildt SN, Koren G. A systematic review of the therapeutic effects of reiki. *J Altern Complement Med* 2009; 15 (11): 1157-69.

3-Babenko PC. *Reiki: um estudo localizado sobre terapias alternativas, ideologia e estilo de vida*. [Dissertação] São Carlos (SP) Universidade Federal de São Carlos; 2004.

4- Stewart JC. *The Reiki Touch: The essential Handbook*. Houston, The Reiki Touch: 1995.

5- Usui M, Petter FA. *Manual de Reiki do Dr. Mikao Usui*. 13^a ed. São Paulo: Pensamento; 1999.

6- National Center of Complementary and Alternative Medicine. Estados Unidos da América: NCCAM. US National Institutes of Health. 2013. [Acesso em 2013 out 19]. Disponível em <http://nccam.nih.gov/health/reiki/introduction.htm?nav=gsa>.

7- Brasil. Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Ministério da Saúde* 2006; 03 mai.

8-Gerber R. Um guia prático de medicina vibracional. In: Gerber R. **As variedades da cura pelas mãos**. São Paulo: Cultrix: 2001. p. 393-425.

9- Krieger D. Therapeutic touch: the Imprimatur of Nursing. *Am J Nurs* 1975. 35 (5): 784-787.

10-Marta IER. *Utilização do toque terapêutico no processo de cuidar de pessoas com dor crônica não-neoplásica* [Tese] Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1999.

11- Oliveira VLM. *O toque terapêutico no alívio da dor e seu desconforto em doentes vasculares amputados com enfermidades arteriais de membros inferiores* [Dissertação] Guarulhos (SP). Universidade Guarulhos; 2000.

12- Post-White J, Kinney ME, Savik KGAUJB, Wilcox C, Lerner I. Therapeutic Massage and Healing Touch Improve Symptoms in Cancer. *Integr Cancer Ther* 2003; 2 (4): 322-344.

13- Peters RM. The effectiveness of Therapeutic Touch: A meta-analytic review. *Nurs Sci Q* 1999; 12 (1), 52-61.

14- Spadacio, C, Barros, NF. O uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. *Rev Saúde Públ* 2008 42(1): 158-64.

15-Beard C, Stason WB, Wang Q, Manola J, Dean-Clower E, Dusek JA, Decristofaro S, Webster A, Doherty-Gilman AM, Rosenthal DS, Benson H. Effects of Complementary Therapies on Clinical Outcomes in Patients Being Treated with Radiation Therapy for Prostate Cancer. *Cancer* 2011; 117(1): 96-102.

16- Tovey P, Barros NF, Hoehne EL, Carvalheira JBC. Use of Traditional Medicine and Globalized Complementary and Alternative Medicine Among Low-Income Cancer Service Users in Brazil. *Integr Cancer Ther* 2006; 5(3): 232-5.

17- Gonçalo CS, Castro CM, Bonon MM, Motta PMR, Dahdal AB, Batista JC, Hirayama MS, Peres SMP, Barros NF. Planejamento e execução de Revisões Sistemáticas da Literatura. **Brasília Médica** 2012; 49 (2).

18-Motta PMR, Tavares MM. Resenha do livro: Evidence Healthcare in Context – Critical Social Science Perspectives. **Cad Saúde Pública** No prelo 2013.

19- Thomso Reuters. **Journal Citation Reports**. EUA; 2013. [acesso em 20 de Outubro de 2013] Disponível em: <http://thomsonreuters.com/journal-citation-reports/>

20- Kelly AE, Sullivan P, Fawcet J, Samarel N. Therapeutic Touch, Quiet Time, and Dialogue: Perceptions of Women With Breast Cancer. **Oncol Nurs Forum** 2004; 31(2): 625-631.

21- Catlin A, Taylor-Ford R, Investigation of Standard Care Versus Sham Reiki Placebo Versus Actual Reiki Therapy to Enhance Comfort and Well-Being in a Chemotherapy Infusion Center. **Oncol Nurs Forum** 2011; 38(3): 212-20.

22-Olson K, Hanson J, Michaud M. A Phase II Trial of Reiki for the Management of Pain in Advanced Cancer Patients. **J Pain Symptom Manage** 2003; 26(5): 990-97.

23- Fleisher KA, Mackenzie ER, Frankel ES, Seluzicki C, Casarett D, Mao JJ. Integrative Reiki for Cancer Patients: A Program Evaluation. **Integr Cancer Ther** 2013; 20(10): 1-6.

24-FitzHenry F, Wells N, Slater V, Dietrich MS, Wisawatapnimit P, Chakravarthy AB. A Randomized Placebo-Controlled Pilot Study of the Impact of

Healing Touch on Fatigue in Breast Cancer Patients Undergoing Radiation Therapy. *Integr Cancer Ther* 2013; 20(10): 1-9.

25- Wong J, Ghiasuddin A, Kimata C, Patelesio B, Siu A. The Impact of Healing Touch on Pediatric Oncology Patients. *Integr Cancer Ther* 2012; 20(10): 1-4.

26- Tsang KL, Carlson LE, Olson K. Pilot crossover Trial of Reiki versus rest for treating cancer-related fatigue. *Integr Cancer Ther* 2007; 25(6): 25-35.

27- Frank, LS; Frank JL; March D; Makari-Judson G; Barham RB; Mertens WC. Does therapeutic Touch Ease the discomfort or distress of patients undergoing stereotactic core breast biopsy? A randomized clinical trial. *Pain Medicine* 2007; 8(5): 419-424.

28- Marcus DA, O'Neill BB, Kopar JL. Symptomatic Improvement Reported After Receiving Reiki at a Cancer Infusion Center. *Am J Hosp Palliat Care* 2013; 30(2): 216-217.

29- Judson PL, Dickson EL, Argenta PA, Xiong Y, Geller MA, Carson LF, Ghebre R, Jonson AL, Junior LSD. A prospective randomized trial of integrative medicine for women with ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2011; 123(2): 346-350.

30- Lutgendorf SK, Mullen-Houser E, Russel D, DeGeest K, Jacobson G, Hart L, Bender D, Anderson B, Buekers TE, Goodheart MJ, Antoni MH, Sood AK, Lubaroff DM. Preservation of immune function in cervical cancer patients during chemoradiation using a novel integrative approach. *Brain Behav Immun* 2010; 24(8): 1231-1240.

31- Potter PJ. Breast Biopsy and distress: Feasibility of Testing a Reiki Intervention. *J Holist Nurs* 2007; 25(4): 238-248.

32- Aghabati N, Mohammadi E, Esmail P. The effect of Therapeutic Touch on Pain and Fatigue of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. **eCAM** 2010; 7(3): 375-381.

33- Sá AC, Silva MJP. Aplicação do toque terapêutico em mulheres portadoras de câncer de mama sob tratamento quimioterápico. **Mundo Saúde** 2010; 27(2): 258-269.

34- Danhauer SC, Tooze JÁ, Holder P, Miller C, Jesse MT, Carrol S, Larrimore D, Campbell CR, Kemper KJ. Healing Touch as a Supportive Intervention for Adult Acute Leukemia Patients: A Pilot Investigation of Effects on Distress and Symptoms. **J Soc Integr Oncol** 2008; 6(3): 89-97.

35- Lafreniere KD; Mutus B; Cameron S; Tannous M; Giannotti M; Abu-Zahra H; Laukkanen E. Effects of Therapeutic Touch on Biochemical and Mood Indicators in Women. **The J. of Alter. And Compl. Med** 1999; 5(4): 367-370.

36-Hallet A. Narratives of Therapeutic Touch. **Nurs Stand** 2004; 19(1): 33-37.

37-Larden CN, Palmer ML, Janssen P. Efficacy of Therapeutic Touch in Treating Pregnant Impatients Who Have a Chemical Dependency. **J Holist Nurs** 2004; 22(4): 320-332.

38- Broom A, Adams J. **Evidence-Based Healthcare in Context – Critical Social Science Perspective**. 1^a ed. Inglaterra: Ashgate; 2012.

CAPÍTULO II: A aplicação de Técnicas de Imposição de Mãos na Dor:

Revisão Sistemática da Literatura

The application of Technique of Imposition of Hands in Pain: Sismatic Review of Literature

Autores:

Pedro Mourão Roxo da Motta¹, Nelson Filice de Barros².

¹ Mestrando - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – Campinas, SP, Brasil

² Pós-Doutor, Coordenador do LAPACIS – Laboratório de Práticas Alternativas Complementares e Integrativas em Saúde - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – Campinas, SP, Brasil

Dados para correspondência:

LAPACIS – Laboratório de Práticas Alternativas Complementares e Integrativas em Saúde.

Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP - Departamento de Saúde Coletiva

Endereço: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126

Cidade Universitária "Zeferino Vaz" - Campinas - SP - Brasil - CEP: 13083-887

Fone (19) 3521.9240 - 3521.8036

E-mail: terapeutapedromotta@hotmail.com

Resumo

O presente artigo objetiva analisar, por meio de revisão sistemática da literatura, o uso e o efeito das técnicas de imposição de mãos (TIM): Reiki, Therapeutic Touch e Healing Touch na dor. Foram feitas buscas no PubMed/Medline, Lilacs, Web of Science, Ebsco e Embase, em outubro de 2013, selecionados 30 artigos e analisados conforme: *metodologia, objeto de estudo, fatores de impacto dos jornais, países de desenvolvimento, ano de publicação e resultados alcançados*. A literatura mostra: predominância de metodologia quantitativa, 28 dos 30 estudos; uso das TIM em pacientes com dor em tratamento do câncer, em 09 dos 30 estudos; predomínio de publicações na América do Norte, 27 dos 30, sendo 24 deles nos EUA; campo de pesquisa muito novo, com a publicação do primeiro artigo indexado em 1999; publicações em jornais de baixo ou nenhum fator de impacto, apenas 15 dos 30 artigos foram publicados em jornais que apresentaram descrição no Journal Citation Reports; e predominância de estudos estatisticamente significativos, 22 dos 30 artigos. Os resultados obtidos na literatura analisada sustentam a hipótese de que as TIM auxiliam no alívio e tratamento da dor.

Palavras-Chave: Reiki, Therapeutic Touch, Healing Touch, Dor.

Abstract

This article aims to analyze, according to a systematic review of the literature, the use and the effect of techniques of laying on of hands (TLH): Reiki, Therapeutic Touch and Healing Touch in pain. Searches were performed in PubMed/Medline, Lilacs, Web of Science, Ebsco and Embase, in October 2013, 30 articles selected and analyzed following issues: Methodology, object of study, impact factors of journals, in wich countries the studies were developed, year of publication and results. The literature shows: predominance of quantitative methodology, 28 of 30 studies; use of TLH in patients with pain in cancer treatment, in 09 of 30 studies; predominance of publications in North America, 27 of 30, with 24 of them from the U.S.; very new field of research, with the publication of the first indexed article in 1999; publications low or no impact factor, only 15 of the 30 articles were published in newspapers that description presented in the Journal Citation Reports; and predominance with statistically significant studies, 22 of the 30 articles. The results discussed in the literature supports the hypothesis that the TLH assist in the relief and treatment of pain.

Keywords: Reiki, Therapeutic Touch, Healing Touch, Pain.

INTRODUÇÃO

As Técnicas de Imposição de Mãos (TIM) são Práticas Integrativas e Complementares (PIC), que visam o reequilíbrio da saúde do ser humano através do trabalho e manipulação da energia vital. Esta energia ainda não é qualificada pela física moderna, porém pode ser associada ao que alguns autores descrevem como biocampo, que seria o Campo de Energia (CE) intrínseco a todos os seres vivos, chamado também de campo quântico, clássico e não clássico (1). Atualmente, as TIM mais estudadas cientificamente são o Reiki, Therapeutic Touch (TT) e Healing Touch (HT).

O Reiki é uma técnica de canalização de energia vital através de símbolos e sons sagrados. A palavra “Rei” em japonês significa Universal e “Ki” é o termo usado para descrever a energia vital que carrega a força da vida. Da união da palavra “Rei-universal” com a palavra “Ki-energia vital” temos “energia vital universal”. O Reiki é comumente aplicado por meio do toque das mãos no corpo do paciente em posições específicas, ou à distância. Em uma aplicação de Reiki não existem contraindicações, pois, pelo atributo “Rei” da energia, o “Ki” se direciona para onde é necessário, o que atenua a preocupação do terapeuta em relação à perda de sua energia, pois esta, ao passar pelo seu corpo antes de chegar ao paciente, beneficia também o terapeuta (2).

Existe uma diversidade de histórias diferentes contadas sobre a origem do Reiki, porém todos os autores citam Mikao Usui como redescobridor da técnica (3). Alguns autores relatam que o Reiki tem origem nas escrituras sagradas do Tibet (Sutras Tibetanos) que datam de 3000 anos A.C. (4). Porém, até o presente momento, não existem provas empíricas que sustentem essa afirmação.

Após a redescoberta do Reiki, Mikao Usui realiza a iniciação de Chujiro Hayashi, médico aposentado da marinha, como Mestre Professor de Reiki no ano de 1925. Em 1930, Mikao Usui morre, e em 1939, Chujiro Hayashi inicia Hawayo Takata como Mestre. Takata, por sua vez, trabalha intensamente o Reiki no Hawai, Japão e EUA, formando 22 Mestres entre homens e mulheres. O ocidente veio a conhecer o Reiki em meados de 1970, e o Brasil, em 1982 (3).

Na época de Mikao Usui, o Reiki era aplicado de maneira mais intuitiva, não existia um protocolo de tratamento como atualmente no ocidente. Ao invés disso, havia um método de diagnóstico em que os alunos treinavam intensamente para captar distúrbios energéticos no corpo, a fim de reequilibrá-los. Também naquele tempo, o processo de formação de um Reikiano durava a vida inteira: alguns alunos demoravam 10 anos para passar de um nível para o outro, após longo período de prática e dedicação. Atualmente, no ocidente, isso ocorre quando a pessoa tem disponibilidade de tempo e dinheiro para pagar o curso do próximo nível (5).

Dentre as PIC encontradas no Brasil em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2004, o Reiki foi identificado como a mais utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS) (25,6%) (6), o que pode ser atribuído a inúmeros motivos, dentre eles, o fato de não necessitar de procedimentos invasivos, com raros registros de contraindicação, não necessitar de esforço físico e possibilitar uma prática de restabelecimento de energia de fácil e simples acesso. Nos Estados Unidos da América o *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) caracteriza o Reiki como uma terapia complementar (7).

O Reiki desempenha um papel importante no desenvolvimento da consciência do autocuidado, pois, para se aplicar Reiki em outras pessoas, é necessário que o terapeuta passe por um processo de purificação energética de 21 dias, processo este que envolve a autoaplicação diária de Reiki, diminuição de consumo de carne e ingestão de maior quantidade de água. Isso leva um Reikiano a desenvolver esta consciência que acaba disseminando e contagiando todos ao seu redor, criando, assim, de maneira sutil, a consciência coletiva do autocuidado.

O Therapeutic Touch foi criado pela enfermeira Dolores Krieger em 1972, e se baseia no reequilíbrio e harmonização do CE humano. Para os praticantes desta técnica, o ser humano é considerado um sistema dinâmico de energia que interliga dimensões físicas, emocionais, mentais e espirituais, e trabalhando o CE do paciente, o terapeuta pode, conseqüentemente, interferir nestes diferentes aspectos, facilitando a autopoiese (8).

Para a realização do TT, são necessários os seguintes passos: a) *centralização*, o terapeuta se centra na sensibilidade de suas mãos, a fim de perceber o paciente e curá-lo; b) *acesso e avaliação do CE do paciente*, o CE do paciente é tocado a uma distância de 6 a 12 cm da pele com o intuito de perceber qualquer desarmonia existente; c) *tratamento e modulação do CE*, o terapeuta restitui o padrão natural do CE; d) *Balanceamento final e estabelecimento do fluxo energético*, o terapeuta trabalha o CE do paciente, a fim de mantê-lo homogêneo e harmônico; e) *Avaliação*, o CE do paciente é reavaliado para comparar os achados com os da próxima sessão. Necessitasse, além desses passos, que o terapeuta esteja saudável, centralizado e equilibrado, do ponto de vista energético e com a intenção de ajudar o paciente (9, 10, 11).

Janet Mentgen foi uma enfermeira que trabalhou 43 anos observando a conexão inter-relacional entre enfermeiras e pacientes, para, após esta observação, criar o Healing Touch como tratamento energético em 1989, com a finalidade de expandir esta conexão. Trata-se de uma terapia energética que envolve o uso das mãos do praticante sobre e no corpo do paciente, e que utiliza o toque para acessar e determinar áreas de desequilíbrio de energia, percebidas como mudanças na temperatura, textura ou vibração. O terapeuta desbloqueia a energia no corpo, promovendo cura física e equilíbrio emocional, mental e espiritual. O HT irá restaurar a harmonia e o equilíbrio do sistema de energia da pessoa para ajudá-la na “autopoiese” (12).

Todas as TIM trabalham de alguma forma com a noção de autocuidado. Porém, existem algumas distinções entre essas técnicas: o Reiki, ao que tudo indica, é uma prática milenar originada no oriente, que utiliza de símbolos e sons sagrados para a canalização de energia vital, tem como premissa um processo de 21 dias de autoaplicação para o iniciado poder ministrá-lo em outras pessoas. O TT e o HT necessitam que o terapeuta esteja centrado e em paz, com a intenção de ajudar o paciente para poderem ser aplicados. Ambos foram criados no ocidente recentemente e trabalham com o CE do ser humano.

O efeito das TIM no tratamento da dor tem sido estudado pela comunidade científica como recurso alternativo ou complementar. Os motivos para o aparecimento do sintoma de dor pode tanto ser ocasionado por uma doença ou trauma, como também pelos procedimentos médicos decorrentes da administração de intervenções e fármacos. Uma de suas conseqüências é o desenvolvimento de disfunções psicológicas, pois alguns achados revelam que o

stress e a ansiedade estão correlacionados á dor e que existem outras consequências psicológicas, como o decréscimo da socialização, depressão, insônia e imobilidade (13,14).

O tratamento da dor tem avançado e com isso identificaram-se uma variedade de opções farmacológicas e não farmacológicas, porém existem altos riscos do uso de fármacos, principalmente para idosos. As terapias que induzem o relaxamento, como as TIM, têm revelado boas evidências e importante eficácia para a redução da dosagem de medicamentos e, conseqüentemente, do risco de efeitos colaterais proveniente destes (13,14).

Este artigo tem como objetivo geral analisar sistematicamente a literatura sobre o uso e efeito das TIM no tratamento de pessoas com diferentes tipos de dor. Tem como objetivos específicos analisar o objeto de estudo, a metodologia utilizada na investigação, o fator de impacto do jornal em que o artigo foi publicado, o país em que o estudo foi desenvolvido, o ano de publicação e os resultados do uso das TIM no cuidado da dor.

METODOLOGIA

Este trabalho utilizou o método de Revisão Sistemática da Literatura (RSL), pela necessidade de compilação das evidências disponíveis, construindo assim conclusões advindas de diferentes fontes (15). Após a escolha do tema de interesse foi realizada a busca e seleção dos artigos, conforme consta na figura 3 (16). Foram adotados como critérios de inclusão:

- artigos de qualquer data e nacionalidade,

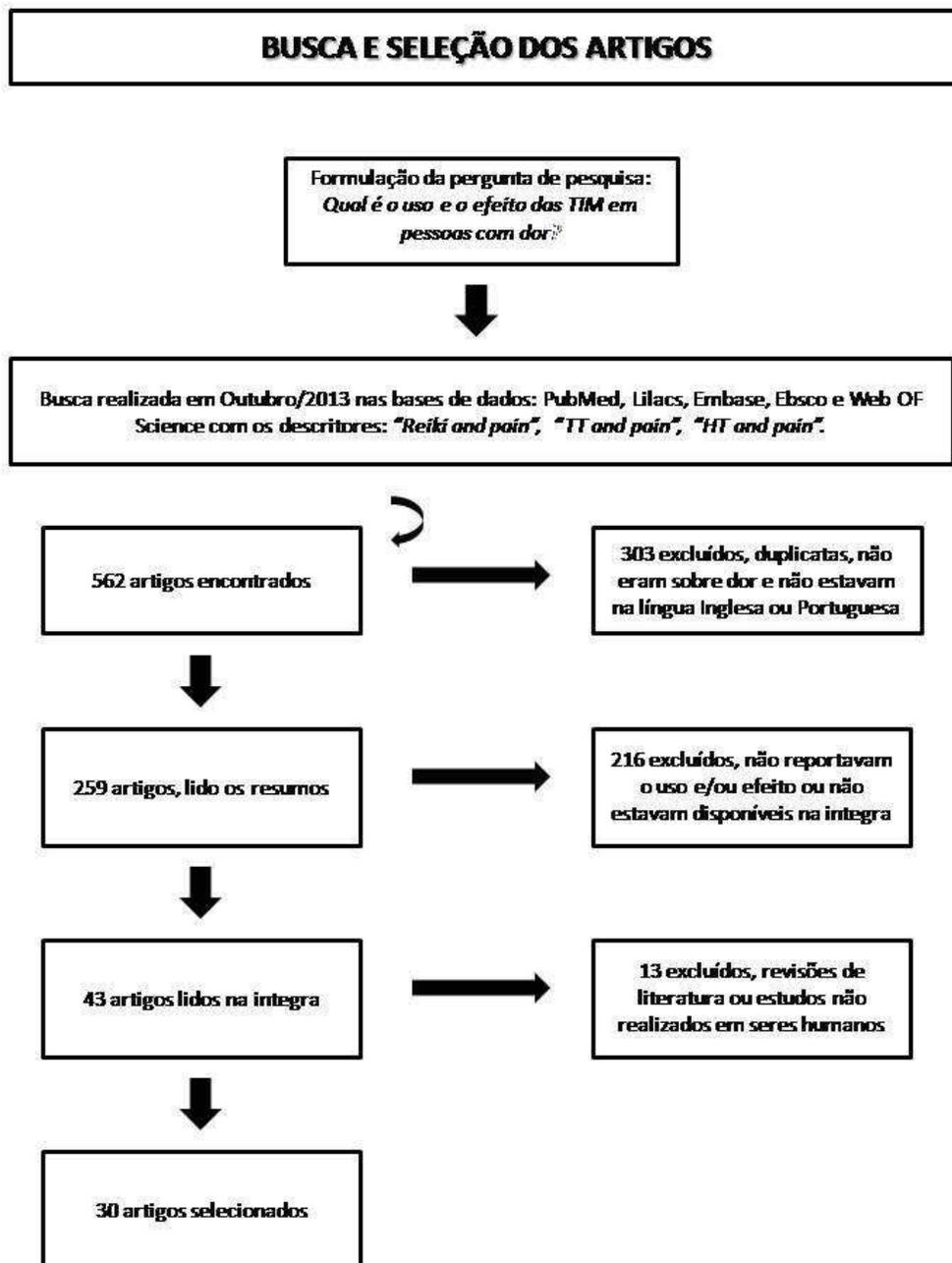
- artigos de língua inglesa ou portuguesa que contenham em seu título ou resumo as palavras chave “Reiki and Pain”; “Therapeutic Touch and Pain”; “Healing Touch and Pain”.

Foram adotados como critérios de exclusão:

- artigos que relatem experimentos que não foram realizados em seres humanos.
- artigos que não eram sobre o sintoma pesquisado.
- artigos indisponíveis na íntegra nas diferentes bases de dados.
- artigos de revisão.
- artigos que não relatavam o uso/efeito das TIM na dor.
- artigos que fossem duplicatas.
- artigos de revisão de literatura.

Posteriormente, os estudos selecionados foram analisados criticamente, segundo o uso e efeito, objeto de estudo, metodologia, fator de impacto, país, ano, resultados e conclusões. Para avaliar o fator de impacto (FI) dos periódicos, foi utilizado o índice do Journal Citation Reports (17).

FIGURA 3: SELEÇÃO DOS ARTIGOS



RESULTADOS

A pesquisa sobre o uso das TIM no tratamento da dor revela-se um campo relativamente novo, com sua primeira publicação indexada no ano de 1999. Além disso, conforme o quadro 5, 6 e 7, existe uma concentração de estudos publicados a partir de 2005 em diante, sendo 22 dos 30 artigos publicados nos últimos seis anos, o que pode ser um indício do maior interesse da comunidade científica por essas técnicas no cuidado da dor nos últimos anos.

Dos 30 artigos analisados, 24 foram publicados nos EUA, dos quais 6 obtiveram resultados estatisticamente não significativos e 18 significativos. No Canadá, foram publicados 3 artigos, sendo 2 estatisticamente significativos e um não significativo. Irã e Brasil publicaram um cada um, todos com resultados significativos, e a Holanda publicou um estudo com resultado estatisticamente não significativo. Os dados demonstram a predominância de estudos na América do Norte, 27, em sua maior parte nos EUA, 24, o que pode ser explicado pelo alto investimento que este país faz em pesquisas em PIC, sobretudo após a criação do NCCAM em 1998.

Os estudos apresentam uma predominância metodológica quantitativa, 28, destes, 15 são estudos experimentais, 9, quase-experimentais, e 4, observacionais. Apenas 2 estudos utilizaram uma abordagem metodológica qualitativa, o que pode ser considerado um viés de pesquisa em TIM, pois sua aplicação é única e individual e a padronização inerente dos desenhos de pesquisa controlados e randomizados não condiz com esta lógica. A ênfase na metodologia quantitativa dificulta a criação de evidências, neste campo de

pesquisa, e gera marginalização de desenhos qualitativos pela comunidade científica (18).

Foi observado que apenas 15 dos 30 artigos apresentam descrição do FI no Journal Citation Reports. Destes, em ordem decrescente, conforme o FI, o estudo publicado em jornal com maior cotação foi de Olson et al (19) no *Journal of Pain and Symptom Management* com FI de 2,50. Em seguida, aparecem os artigos de Fleisher et al (20), Post-White et al (12), Tsang et al (21) e Wong et al (22) publicados no *Integrative Cancer Therapies* e Leskowitz et al (23) publicado no *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* ambos com FI 2,35, seguidos dos estudos de Frank et al (24)/*Pain medicine* (FI de 2,34), Busch M et al (25)/*Patient Education and Counseling* (FI de 2,30), VanderVaart et al (1)/*BMJ Open* (FI de 1,58), Marcus et al (26)/*American Journal Hospice Palliative Care* (FI de 1,23), Lu et al (27)/*Geriatric Nursing* (FI 0,88), Pocotte et al (28)/*Rehabilitation Nursing* (FI 0,77), Richenson et al (13)/*Research Gerontological Nursing* (FI 0,73), McCormack (29)/*Occupational Therapy International* (FI 0,57), e por ultimo o estudo de Wardell et al (30) publicado no *Holistic Nursin Practice* com FI de 0,34.

A metade dos artigos não foi publicada em periódicos com descrição do FI e os estudos publicados em jornais que cotam FI são todos considerados de baixo impacto, o que pode ser interpretado como um indício da dificuldade de os autores em publicar pesquisas em TIM especificamente e PIC em geral em revistas de maior visibilidade, relegando esse campo do conhecimento à margem da hegemonia biomédica.

Dos 30 artigos selecionados, 9 utilizaram as TIM em pacientes com dor em tratamento do câncer, 6 foram aplicados em idosos, 2 em pacientes com dor

crônica, 2 em pessoas com dor neuropática, 2 em pacientes com stress e dor, 1 em pessoas com dor em decorrência de síndrome do túnel do carpo, 1 em paciente amputado com dor fantasma, 1 em pessoas com dor no pós-operatório, 1 em pacientes com fibromialgia, 1 em um paraplégico, 1 em mulheres com dor após realizarem parto cesárea, 1 em pessoas com dor em decorrência de queimaduras, 1 em pacientes com osteoartrite e 1 em pacientes hospitalizados.

O efeito das TIM foi mensurado através de diversos instrumentos, variando desde o *aferimento de sinais vitais, como pressão sanguínea, batimento cardíaco, tensão muscular, amplitude do pulso e temperatura da pele* (24, 31), assim como medindo os níveis de *cortisol salivar* (14, 32), e *natural killer cells* (32). Outros utilizaram outros instrumentos como: *o chronic pain and distress intensity* (33); *chronic pain self efficacy* (33); *verbal descriptor scale* (34); *quality of life* (34); *the pain assessment tool in cognitively impaired elders* (34); *amount of experienced postsurgical pain* (32); *memorial pain assessment* (29); *short-form health survey* (35), *verbal descriptor scale* (36); *pain assessment tool in cognitively impaired elders* (36); *entrevista estruturada* (37); *brief pain inventory* (38); *escala auto referida* (28); *milestone questionnaire* (1); *hamilton anxiety rating scale* (13); *mini mental state exam* (39); *the burn specific pain anxiety scale* (25); *secreção de iga* (40); *narrativas* (40); *quality of life* (19); *rothen fatigue scale* (41); *distress thermometer* (42); *feeling thermometer* (22); *self-rating anxiety scale* (21); *the iowa pain thermometer* (27); *escala auto referida* (26); *distress thermometer* (20); e *escala visual analogical* (1, 12, 14, 19,24, 29, 33, 35, 38, 43, 44, 45).

Nos resultados demonstrados no quadro 4, dos 30 artigos, 9 utilizaram o Reiki, sendo que 7 deles obtiveram resultados estatisticamente significativos e 2

não significativos. No quadro 5, constituído de 11 artigos de TT aplicados ao cuidado da dor, 8 obtiveram resultados estatisticamente significativos, e 3 resultados não significativos. No quadro 6, foram apresentados os 10 estudos sobre o HT, desses, 7 obtiveram resultados estatisticamente significativos e 3 não significativos. Nenhum estudo apontou em direção prejudicial à aplicação das TIM na dor.

Um trabalho que merece ser citado por sua particularidade é o estudo de Leskowitz et al (23), no qual foi aplicado TT para o tratamento da dor fantasma. Como conclusão dos efeitos positivos do trabalho, os autores argumentam que o TT compõe uma importante ferramenta para tratar a dor fantasma já que esta não responde ao uso de medicamentos e cirurgia, e que futuros estudos precisariam realizar uma simulação de TT aplicados a esta dor para verificar seu possível efeito placebo.

Devido ao pequeno número de artigos, não é possível fazer distinções em relação às técnicas e seus resultados. O fato de a maioria dos estudos ter tido resultados significativos sustenta a hipótese de que as TIM têm efeitos positivos quando aplicadas a pessoas com dor, porém são necessários mais estudos, principalmente com abordagem qualitativa, para que essa prerrogativa seja confirmada.

QUADRO 4: USO E EFEITO DO REIKI NA DOR

Referência	Técnica NS/DI/GE	Uso	Efeito
Fleisher et al 2013	Reiki NS- N/I DI- 20 GE- 213	Ansiedade, stress, dor e fadiga em paciente com câncer	Melhora significativa de todas as variáveis
Marcus et al 2013	Reiki NS- N/I DI- 282 GE-145	Dor, stress e ansiedade em pacientes com câncer	Melhora significativa de todas as variáveis
VanderVaart et al 2011	Reiki NS- 03/ DI- 30/GE-40 /GC-40	Reiki à distância em mulheres com dor devido a cesárea	Não houve diferença significativa
Richenson NE et al 2010	Reiki NS-08/DI-45 GE-13/GC-12	Idosos com dor	Melhora significativa
Meland B 2009	Reiki NS-08/DI- 20/GE-06	Dor em idosos com demência	Melhora significativa
Pocotte et al 2008	Reiki NS-06/DI- 30/GE-01	Dor em uma pessoa paraplégica	Melhora significativa
Assefi et al 2008	Reiki NS-12/ DI- 30/GE-47/GP-46	Pacientes com fibromialgia	Não houve diferença significativa
Tsang KL et al 2007	Reiki NS-07/DI-45 GE-08/GC-08	Dor, fadiga e ansiedade em pessoas com Câncer	Melhora significativa da dor
Olson K; et all 2003	Reiki NS-02/Di-60 GE-11/GC-13	Dor em pacientes oncológicos	Melhora significativa da dor

N/I- Não informado NS- Número de sessões DI – Duração da intervenção em minutos. GE- Grupo experimental GC- Grupo controle GP – Grupo placebo

QUADRO 5: USO E EFEITO DO TT NA DOR

Referência	Técnica NS/DI/GE	Uso	Efeito
Busch M et al 2012	TT NS-10/DI-10 GE-17/GP-22	Dor em pessoas com queimaduras	Não houve diferença significativa
Aghabati N; etall 2010	TT NS-05/DI-30 GE-30/GC-30/GP-30	Dor e fadiga em pessoas recebendo quimioterapia	Melhora significativa de todas as variáveis
Coakley et al 2010	TT NS-07 / DI-N/I / GE- 21	Dor em pacientes em pós operatório	Melhora significativa
Marta et al, 2010	TT NS-08/ DI-25/ GE-30	Pessoas com dor crônica	Melhora significativa
Mccormack 2009	TT NS- N/I / DI-10/GE-30/ GC-30/ GP-30	Dor pós cirúrgica em idosos	Melhora significativa
Frank LS et al 2007	TT NS-01/DI-10/GE-42/GP-40	Dor em mulheres passando por biopsia	Não houve diferença significativa
Smith DW et al 2007	TT NS-08/DI-30/GE-4/20	Dor dos terapeutas e pacientes	Melhora significativa nos terapeutas e pacientes
Smith et al, 2002	TT NS- 03/ DI-N/I/ GE-07/ GC-05	Pessoas com dor crônica	Melhora significativa
Blankifield et al 2001	TT NS- 06/ DI-30/ GE-11/GP-10	Pessoas com syndrome do túnel do carpo	Não houve diferença significativa
Leskowitz et al, 2000	TT NS- N/I/ DI-N/I/ GE-01	Homem com dor fantasma	Melhora significativa
Lin YS et al 1999	TT NS-03/DI-20 GE-30/GP-30/GC-30	Dor em pessoas idosas	Melhora significativa

N/I- Não informado NS- Número de sessões DI – Duração da intervenção em minutos. GE- Grupo experimental GC- Grupo controle GP – Grupo placebo

QUADRO 6: USO E EFEITO DO HT NA DOR

Referência	Técnica NS/DI/GE	Uso	Efeito
Thomas et al 2013	HT NS- 04 DI- 30 GE- 11 GC – 06	Dor em pacientes hospitalizados	Redução significativa da dor na 4ª sessão.
Lu et al, 2013	HT NS- 18 DI-20 GE – 12 GP-07	Dor e mobilidade em pessoas com osteoartrite	Melhora significativa
Wong J; et all 2012	HT NS-03/DI-30 GE-06/GC-03	Dor em crianças com câncer	Melhora significativa
Wardell et al 2012	HT NS-06/ DI-30/ GE-12/GC-08	Idosos com dor persistente	Melhora significativa, benefícios multidimensionais
Decker et al, 2012	HT NS-07 /DI- 30/GE-12/GC-08	Idosos com dor persistente	Não houve diferença significativa
Danhauer SC; et all 2008	HT NS-03/DI-30 GE-12	Dor em pacientes com Leucemia	Não houve diferença significativa
Wardell et al 2008	HT NS-06/ DI- N/I /GE-07/GC-05	Pessoas com dor neuropática crônica	Benefícios multidimensionais
Wardell et al 2006	HT NS-06 /DI-N/I /GE-07/GC-05	Pessoas com dor neuropática crônica	Melhora significativa da dor no GE em relação ao GC
Post-White J et al 2003	HT NS-04/DI-45 GE-119/GP-45	Dor em pessoas com câncer	Não houve diferença significativa
Wilkinson et al 2002	HT NS-02/DI-30 GE-22	Pessoas com dor	Melhora significativa

N/I- Não informado NS- Número de sessões DI – Duração da intervenção em minutos. GE- Grupo experimental GC- Grupo controle GP – Grupo placebo

DISCUSSÃO

Apesar de haver um reducionismo na concepção predominante de dor na biomedicina, este sintoma apresenta algumas características inexoravelmente subjetivas como: a percepção da sensação dolorosa; seu impacto em outras dimensões da saúde como a psicológica e a social; e sua etiologia, que pode ser física, mental e/ou emocional (35, 37, 38).

Existem muitos tipos de dor que são de etiologia desconhecida como, por exemplo, a dor fantasma, a fibromialgia, e algumas dores decorrentes de estados emocionais como enxaquecas e lombalgias. Estas dores não são estudadas dentro de seu paradigma holístico devido ao reducionismo biológico predominante na área médica, sendo necessária uma expansão do conceito de dor para que ela possa ser estudada em seus aspectos subjetivos, e na sua interação com outras dimensões do ser humano que vão além do biológico (35, 37, 38).

Isto fica claro com os resultados dos dois únicos estudos que utilizaram metodologia qualitativa do uso das TIM na dor (37, 38). Nestes estudos, verificou-se que a experiência da dor crônica é algo profundamente subjetivo e individual, e que o tratamento de HT oferece uma abordagem multidimensional, auxiliando estas pessoas a se restabelecerem física, mental e espiritualmente. Os relatos demonstram que a experiência da dor e a experiência de vida dos pacientes se alteraram após a aplicação do HT, contudo este tipo de dado é difícil de ser mensurado e quantificado. Wardell et al (38) citam o relato de um paciente após receber o HT: “*É incrível, eu me senti como um nova pessoa, a minha dor cessou e parei de ficar enjoado*”.

Esses dois estudos de Wardell talvez sejam os mais alinhados à abordagem das TIM, pois demonstram desenhos com alterações no CE dos participantes antes e depois das sessões, vão além do reducionismo biológico inerente à pesquisa ortodoxa trazendo outras dimensões importantes no cuidado da dor, e demonstram dados subjetivos, com o relato da experiência de cada indivíduo que recebe o HT no tratamento deste sintoma.

A subjetividade da aplicação destas técnicas também é um aspecto importante a ser abordado. Dos 15 estudos que apresentam o protocolo associado à sua aplicação, observa-se que mais da metade deles, 8, obtiveram resultados não significativos e apenas 7 obtiveram resultados significativos. Entretanto, nos estudos que utilizaram uma abordagem individual e não padronizada, 11, apenas um teve resultados não significativos, os outros tiveram resultados significativos, o que pode ser um indício de que os efeitos dessas técnicas são mais bem percebidos pelos pacientes sob abordagem fenomenológica.

Dos 9 estudos que utilizaram grupo placebo, comparados com grupos expostos às TIM, 4 tiveram resultados significativos e 5 não significativos, o que gera a inferência de que essas práticas tenham algum efeito placebo, porém, ao mesmo tempo, efeitos reais, sendo que os dois efeitos podem ser benéficos para a melhora da dor.

A pesquisa em TIM frequentemente recebe críticas de que seus resultados provêm apenas de efeito placebo, por isso são enquadradas dentro do modelo de pesquisa biomédico de estudos randomizados e controlados, contudo isto se trata de um viés de pesquisa nesta área, pois a interação terapeuta-paciente é um componente crucial dos efeitos e resultados dessas práticas.

É possível que as TIM, por serem terapias que não utilizam agulhas, medicamentos e nenhum outro arcabouço inerente ao imaginário do que é a intervenção biomédica na sociedade contemporânea, tenham um efeito placebo muito mais brando, se comparadas a outras PIC, como a acupuntura e a fitoterapia, que utilizam instrumentos consagrados no imaginário biomédico, como fármacos e agulhas.

Este imaginário tem sido reassegurado pelo ideário da Medicina Baseada em Evidência (MBE), que compõe um conjunto de símbolos relacionados à medicina ocidental e que modela a forma dos serviços de saúde; fundos de saúde; políticas; práticas e modelos de cuidado; caracteres da doença; qualidade de vida; e, ultimamente, as chances de sobrevivência (46).

A criação da PNPIC em 2006 sofreu reflexos da MBE, pois, apesar de o Reiki ser a PIC mais utilizada no SUS, em consulta realizada pelo Ministério da Saúde em 2004, ele não entrou na política oficial pelo fato de esta técnica não ter “evidências” e regulamentação suficiente. (6).

É importante salientar que as TIM são terapias que destoam da lógica da MBE, que imbui valores particulares na natureza da produção do conhecimento. Elas são terapias que não utilizam de instrumentos tecnológicos duros e, por isso, são marginalizadas por esta lógica, além de que seus efeitos são dificilmente captados por desenhos metodológicos considerados “padrão ouro”, como a meta-análise e estudos clínicos controlados e randomizados. Este modelo de pesquisa aumenta a polarização cultural na construção do que é um conhecimento legítimo, marginalizando dados qualitativos e desenhos interpretativos que se alinham com os efeitos destas técnicas (18).

É necessário expandir as fronteiras da ciência para que a pesquisa em TIM se alinhe ao seu modelo de cuidado, considerando-se que, em sua base, estão a observação, interpretação, conceitualização e teorização. Portanto, é necessário compreender que, na pesquisa convencional, o método científico é valorizado pelo seu rigor, porém esse mesmo rigor é válido para a abordagem das TIM, de forma que as evidências não são rejeitadas, porém posicionadas em uma diferente visão de mundo (18).

Um dos limites deste trabalho é relativo ao número reduzido de artigos indexados identificados e analisados; além disso, limita esta revisão a inclusão de artigos publicados apenas em Português e Inglês. Porém os méritos desse trabalho devem-se ao fato de apresentarem um número relativamente grande de estudos com efeitos positivos das TIM na dor, oferecendo algumas evidências de que estas técnicas constituem um método alternativo para tratamento e alívio da dor que dispensa uso de medicamentos e abordagens intervencionistas.

CONCLUSÃO

Os estudos analisados revelam um efeito benéfico das TIM na dor, porém este é um campo de pesquisa novo. Devido a isso e ao fato de alguns estudos não estarem disponíveis na íntegra, esta afirmação é relativamente parcial. Estas técnicas, ao que tudo indica, podem contribuir como uma alternativa ao uso de intervenções médicas no tratamento da dor, com baixo risco e custo de aplicação, e raros relatos de efeitos colaterais.

A subjetividade da dor e a interação terapeuta-paciente são um ponto crucial a ser explorado, bem como a aplicação fenomenológica destas técnicas.

Para uma melhor compreensão dessa relação, futuros estudos devem incluir mensurações qualitativas que deem voz aos terapeutas e pacientes, para entender como eles experimentam essas técnicas aplicadas à dor e como elas podem colaborar para a melhora da qualidade de vida, bem estar e outras variáveis indispensáveis a uma visão de saúde ampla e multidimensional.

As TIM colaboram com a pluralidade dos saberes, ao ampliar o escopo de atuação terapêutica e incluir formas alternativas de tratamento que destoam da lógica biomédica hegemônica. Além disso, promovem saúde, pois permitem a manutenção e melhora da qualidade de vida com técnicas não invasivas de baixo custo e com pequeno registro de contra indicações. Colaboram, também, com a integralidade do cuidado ao tratarem o ser humano de maneira multidimensional, com uma abordagem centrada no paciente considerando dimensões que vão além do biológico, como por exemplo, o campo de energia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- VanderVaart S, Berger H, Tam C, Goh YI, Gijsen VM, de Wildt SN, Taddio A, Koren G. The effect of distant reiki on pain in women after elective Caesarean section: a double-blinded randomized controlled trial. ***BMJ open*** 2011; 1(1):e000021
- 2- VanderVaart S, Gijsen VM, Wildt SN, Koren G. A systematic review of the therapeutic effects of reiki. ***J Altern Complement Med*** 2009; 15 (11): 1157-69.
- 3-Babenko PC. ***Reiki: um estudo localizado sobre terapias alternativas, ideologia e estilo de vida.*** [Dissertação] São Carlos (SP) Universidade Federal de São Carlos; 2004.

- 4- Stewart JC. ***The Reiki Touch: The essential Handbook***. Houston, The Reiki Touch: 1995.
- 5- Usui M, Petter FA. ***Manual de Reiki do Dr. Mikao Usui***. 13^a ed. São Paulo: Pensamento; 1999.
- 6- Brasil. Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. ***Ministério da Saúde*** 2006; 03 mai.
- 7- National Center of Complementary and Alternative Medicine. Estados Unidos da América: NCCAM. US National Institutes of Health. 2013. [Acesso em 2013 out 19]. Disponível em <http://nccam.nih.gov/health/reiki/introduction.htm?nav=gsa>.
- 8- Gerber R. Um guia prático de medicina vibracional. In: Gerber R. ***As variedades da cura pelas mãos***. São Paulo: Cultrix: 2001. p. 393-425.
- 9- Krieger D. Therapeutic touch: the Imprimatur of Nursing. ***Am J Nurs*** 1975. 35 (5): 784-787.
- 10-Marta IER. ***Utilização do toque terapêutico no processo de cuidar de pessoas com dor crônica não-neoplásica*** [Tese] Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1999.
- 11- Oliveira VLM. ***O toque terapêutico no alívio da dor e seu desconforto em doentes vasculares amputados com enfermidades arteriais de membros inferiores*** [Dissertação] Guarulhos (SP). Universidade Guarulhos; 2000.
- 12- Post-white J, Kinney ME, Savik KGAUJB, Wilcox C, Lerner I. Therapeutic Massage and Healing Touch Improve Symptoms in Cancer. ***Integr Cancer Ther*** 2003; 2 (4): 322-344.

- 13- Richenson NE, Spross JA, Lutz K, Peng C. Effects of Reiki on Anxiety, Depression, Pain, and Physiological Factors in Community-Dwelling Older Adults. *Res Gerontol Nurs* 2010; 3(3): 187-99.
- 14- Lin YE, Taylor AGT. Effects of Therapeutic Touch in Reducing Pain and Anxiety in an Elderly Population. *Int Med* 1998; 1(4): 155-162.
- 15- Justo LP, Soares BGO, Kalil HM. Revisão sistemática, metanálise e medicina baseada em evidências: considerações conceituais. *J Bras Psiquiatr* 2005; 54(3):242-247.
- 16- Gonçalo CS, Castro CM, Bonon MM, Motta PMR, Dahdal AB, Batista JC, Hirayama MS, Peres SMP, Barros NF. Planejamento e execução de Revisões Sistemáticas da Literatura. *Brasília Médica* 2012; 49 (2).
- 17- Thomson Reuters. Journal Citation Reports. EUA; 2013. [acesso em 20 de Outubro de 2013] Disponível em: <http://thomsonreuters.com/journal-citation-reports/>
- 18- Motta PMR, Tavares MM. Resenha do livro: Evidence Healthcare in Context – Critical Social Science Perspectives. *Cad Saúde Pública* No prelo 2013.
- 19- Olson K, Hanson J, Michaud M. A Phase II Trial of Reiki for the Management of Pain in Advanced Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26(5): 990-97.
- 20- Fleisher KA, Mackenzie ER, Frankel ES, Seluzicki C, Casarett D, Mao JJ. Integrative Reiki for Cancer Patients: A Program Evaluation. *Integr Cancer Ther* 2013; 20(10): 1-6.
- 21- Tsang KL, Carlson LE, Olson K. Pilot crossover Trial of Reiki versus rest for treating câncer-related fatigue. *Integr Cancer Ther* 2007; 25(6): 25-35.

- 22- Wong J, Ghiasuddin A, Kimata C, Patelesio B, Siu A. The Impact of Healing Touch on Pediatric Oncology Patients. *Integr Cancer Ther* 2012; 20(10): 1-4.
- 23- Leskowitz ED. Phantom Limb Pain Treated With Therapeutic Touch: A Case Report. *Arch Phys Rehabil* 2000; 81 (4): 522-4.
- 24- Frank, LS; Frank JL; March D; Makari-Judson G; Barham RB; Mertens WC. Does therapeutic Touch Ease the discomfort or distress of patients undergoing stereotactic core breast biopsy? A randomized clinical trial. *Pain Medicine* 2007; 8(5): 419-424.
- 25- Busch M, Visser A, Eybrechts M, van Komen R, Oen I, Olf M, Dokter J, Boxma H. The implementation and evaluation of therapeutic touch in bruna patients: An instructive experience of conducting a scientific study within a non-academic nursing setting. *Patient Educ Couns* 2012; 89(3): 439-446.
- 26- Marcus DA, O'Neill BB, Kopar JL. Symptomatic Improvement Reported After Receiving Reiki at a Cancer Infusion Center. *Am J Hosp Palliat Care* 2013; 30(2): 216-217.
- 27- Lu D, Hart LK, Lutgendorf SK, Perkhounkova Y. The effect of healing touch on the pain and mobility of persons with osteoarthritis: A feasibility study. *Geriatr Nurs* 2013; 34(4): 314-22.
- 28- Pocotte SL, Salvador D. Reiki as a rehabilitative nursing intervention for pain management: a case study. *Rehabil Nurs* 2008; 33(6): 231-2.
- 29- McCormack GL. Using non-contact therapeutic touch to manage post-surgical pain in the elderly. *Occup Ther Int* 2009; 16(1): 44-56.

- 30- Wardell DW, Decker SA, Engebretson JC. Healing touch for older adults with persistent pain. *Holist Nurs Pract* 2012; 26(4): 194-202.
- 31- Thomas LS, Stephenson N, Swanson M, Elizabeth D. Brown J, Brown S. A Pilot Study: The Effect of Healing Touch on Anxiety, Stress, Pain, Pain Medication Usage, and Pain Episode Physiological Measures in Hospitalized Sickle Cell Disease Adults Experiencing a Vaso-Occlusive. *J Holist Nurs* [serial on the internet] 2013 [cited 2013 oct 20]; 20(10): [about 14 p.]. Available from: <http://jhn.sagepub.com/content/early/2013/06/24/0898010113491631.full.pdf+html>.
- 32- Coakley AB, Duffy ME. The effect of therapeutic touch on postoperative patients. *J Holist Nurs* 2010; 28(3): 193-200.
- 33- Smith DW, Arnstein P, Rosa KC, Wells-Federman C. Effects of integrating Therapeutic Touch into Cognitive Behavioral Pain Treatment Program. *J Holist Nurs* 2002; 20(4): 367-87.
- 34- Decker S, Wardell DW, Cron SG. Using a healing touch intervention in older adults with persistent pain: a feasibility study. *J Holist Nurs* 2012; 30(3): 205-13.
- 35- Assefi N, Bogart A, Goldberg J, Buchwald D. Reiki for the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *J Altern Complement Med* 2008; 14(9): 1115-22.
- 36- Wardell DW, Decker SA, Engebretson JC. Healing touch for older adults with persistent pain. *Holist Nurs Pract* 2012; 26(4):194-202.
- 37- Wardell DW, Rintala D, Tan G. Study descriptions of healing touch with veterans experiencing chronic neuropathic pain from spinal cord injury. *Explore* 2008; 4(3): 187-95.

- 38- Wardell DW, Rintala DH, Duan Z, Tan G. A pilot study of healing touch and progressive relaxation for chronic neuropathic pain in persons with spinal cord injury. *J Holist Nurs* 2006; 24(4): 231-40.
- 39- Meland B. Effects of Reiki on Pain and Anxiety in the Elderly Diagnosed with Dementia: A series of Case Reports. *Altern Ther Health Med* 2009; 15(4): 56-57.
- 40- Wilkinson DS, Knox PL, Chatman JE; Johnson TL; Barbour N, Myles Y; Reel A. The clinical effectiveness of Healing Touch. *J Altern Complement Med* 2002; 8(1): 33-47.
- 41- Aghabati N, Mohammadi E, Esmaili P. The effect of Therapeutic Touch on Pain and Fatigue of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *eCAM* 2010; 7(3): 375-381.
- 42- Danhauer SC, Tooze JA, Holder P, Miller C, Jesse MT, Carroll S, Larrimore D, Campbell CR, Kemper KJ. Healing Touch as a Supportive Intervention for Adult Acute Leukemia Patients: A Pilot Investigation of Effects on Distress and Symptoms. *J Soc Integr Oncol* 2008; 6(3): 89-97.
- 43- Blankfield RP, Sulzmann C, Fradley LG, Tapolyai AA, Zyzanski SJ. Therapeutic touch in the treatment of carpal tunnel syndrome. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14(5): 335-42.
- 44- Marta IER, Baldan SS, Berton AF, Pavan M, Siva MJP. Efetividade do Toque Terapeutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. *Ver Esc Enferm USP* 2010; 44(4): 1100-6.
- 45- Smith DW, Broida JP. Pandimensional Field Pattern Changes in Healers and Heales: Experiencing Therapeutic Touch. *J Holist Nurs* 2007; 25(4): 226-227.

46- Broom A, Adams J. ***Evidence-Based Healthcare in Context – Critical Social Science Perspective***. 1^a ed. Inglaterra: Ashgate; 2012.

**CAPÍTULO III: A aplicação de Técnicas de Imposição de Mãos no Stress-
Ansiedade: Revisão Sistemática da Literatura**

The application of Technique of Imposition of Hands in the Stress-Anxiety:
Systematic Literature Review

Autores:

Pedro Mourão Roxo da Motta¹, Nelson Filice de Barros².

¹ Mestrando - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP – Campinas, SP,
Brasil

² Pós-Doutor, Coordenador do LAPACIS – Laboratório de Práticas Alternativas
Complementares e Integrativas em Saúde - Faculdade de Ciências Médicas da
UNICAMP – Campinas, SP, Brasil

Dados para correspondência:

LAPACIS – Laboratório de Práticas Alternativas Complementares e Integrativas
em Saúde

Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP - Departamento de Saúde Coletiva

Endereço: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126

Cidade Universitária "Zeferino Vaz" - Campinas - SP - Brasil - CEP: 13083-887

Fone (19) 3521.9240 - 3521.8036

E-mail: terapeutapedromotta@hotmail.com

Resumo

O presente artigo objetiva analisar, por revisão sistemática da literatura, o uso e o efeito das técnicas de imposição de mãos (TIM): Reiki, Therapeutic Touch e Healing Touch, no stress-ansiedade. Foram feitas buscas no PubMed/MedLine, Lilacs, Web of Science, Ebsco e Embase, em outubro de 2013, selecionados 24 artigos e analisados conforme: *metodologia, objeto de estudo, fatores de impacto dos jornais, países de desenvolvimento, ano de publicação e resultados alcançados*. A literatura mostra: predominância de metodologia quantitativa, 21 dos 24 estudos; uso das TIM em pacientes com sintomas de stress-ansiedade em tratamento do câncer, em 8 dos 24 estudos; predomínio de publicações na América do Norte, 19 dos 24, sendo 14 deles dos EUA; campo de pesquisa muito novo, com a publicação do primeiro artigo indexado em 1999; publicações em jornais de baixo ou nenhum fator de impacto, apenas 8 dos 24 artigos foram publicados em jornais que apresentaram descrição no Journal Citation Reports; e predominância de estudos estatisticamente significativos, 18 dos 24 artigos. Embora a maioria dos estudos tenha apresentado resultados positivos são necessários mais estudos para desenvolver a relação do uso de Reiki, Therapeutic Touch e Healing Touch para o tratamento de stress-ansiedade.

Palavras-Chave: Reiki, Therapeutic Touch, Healing Touch, Stress, Ansiedade.

Abstract

This article aims to analyze, according to a systematic review of the literature, the use and the effect of techniques of the imposition of hands(TIH): Reiki, Therapeutic Touch and Healing Touch on stress-anxiety. Searches were performed in PubMed/Medline, Lilacs, Web of Science, Embase and Ebsco, in October 2013, selected 24 articles and analyzed following issues: *methodology, object of study, impact factors of journals, in which countries the studies were developed, year of publication and results*. The literature shows: predominance of quantitative methodology, 21 of the 24 studies, use of TIH in patients with symptoms of stress-anxiety in cancer treatment, in 8 of the 24 studies; predominance of publications in North America, 19 of 24, 14 in the U.S.; very new field of research, with the publication of the first indexed article in 1999; publications in journals with low or no impact factor, only 8 of the 24 articles were published with newspapers that description presented in the Journal Citation Reports; and predominance statistically significant study, 18 of 24 articles. Although most studies have shown positive results, the data are insufficient and further studies are needed to develop the relationship between the use of Reiki, Therapeutic Touch and Healing Touch for the treatment of stress-anxiety.

Key Words: Reiki, Therapeutic Touch, Healing Touch, Stress, Anxiety.

INTRODUÇÃO

As Técnicas de Imposição de Mãos (TIM) são Práticas Integrativas e Complementares (PIC) que trabalham e visam o reequilíbrio e harmonização do sistema energético do ser humano; no campo da ciência as TIM mais estudadas atualmente são o Reiki, Therapeutic Touch (TT) e Healing Touch (HT).

O Reiki é uma técnica de canalização de energia vital através de símbolos e sons sagrados, esta energia ainda não é qualificada pela física moderna, porém alguns autores relatam a existência de um biocampo, que seria o Campo de Energia (CE) intrínseco a todos os seres vivos, chamado também de campo quântico, clássico e não clássico (1).

O Reiki é comumente aplicado por meio do toque das mãos no corpo do paciente em posições específicas, ou à distância. A palavra “Rei” em japonês significa universal e “Ki” é o termo usado para descrever a energia vital. Da união da palavra “Rei-universal” com a palavra “Ki-energia vital” temos “energia vital universal”. Em uma aplicação de Reiki não existem contra indicações, pois, pelo atributo “Rei” da energia, o “Ki” se direciona para onde é necessário, o que atenua a preocupação do terapeuta em relação à perda de sua energia, pois esta ao passar pelo seu corpo antes de chegar ao paciente, beneficia também o terapeuta (2).

Segundo a literatura pesquisada Mikao Usui é o redescobridor do Reiki, porém existe uma diversidade de histórias diferentes contadas, o que se justifica devido às adaptações feitas para introduzir essa prática no mundo ocidental (3). Alguns autores citam que a origem do Reiki remonta 3000 anos A.C. nas

escrituras sagradas do Tibet (Sutras Tibetanos) (4). Porém, até o momento, não existem provas empíricas que sustentem essa afirmação.

No ano de 1925 Mikao Usui iniciou Chujiro Hayashi, médico aposentado da marinha, como Mestre Professor de Reiki, o qual leva essa terapia para sua clínica em Tóquio. Em 1930 Usui morre, e em 1939 Chujiro Hayashi inicia Hawayo Takata como Mestre, Takata, por sua vez, trabalha intensamente o Reiki no Hawaii, Japão e EUA formando 22 Mestres entre homens e mulheres, o ocidente veio conhecer o Reiki em meados de 1970, e o Brasil em 1982 (5).

Com a chegada do Reiki no ocidente esta técnica sofreu inúmeras alterações para se adaptar a esta cultura. Na época de Mikao Usui o Reiki era aplicado de maneira mais intuitiva, não existia um tratamento padronizado como atualmente no ocidente, havia, invés disso, um método de diagnóstico onde os alunos treinavam intensamente captar distúrbios energéticos no corpo para reequilibrá-los. Além disso, o processo de formação de um Reikiano durava a vida inteira, por vezes um aluno demorava 10 anos para passar de um nível para o outro após longo período de prática e dedicação (5), no ocidente isso ocorre quando a pessoa tem disponibilidade de tempo e dinheiro para pagar o curso do próximo nível, o que reflete a estrutura da cultura onde o tempo é escasso e tudo é transformado em produto.

Diversas linhas de Reiki foram criadas com sua proliferação pelo mundo, novas técnicas de aplicação, novos símbolos e outros conceitos foram incorporados a sua prática, sendo variadas as formas e métodos de aplicação desta técnica atualmente. No Brasil, dentre as Práticas Integrativas e Complementares (PIC) encontradas em pesquisa realizada pelo Ministério da

Saúde em 2004, o Reiki foi identificado como a mais utilizada no Sistema Único de Saúde (SUS) (6). Isso pode ser atribuído a inúmeros motivos, dentre eles o fato de não necessitar de procedimentos invasivos, ter raros registros de contra indicação, não necessitar de esforço físico e possibilitar uma prática de restabelecimento de energia de fácil e simples acesso. Nos Estados Unidos da América o *National Center of Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) caracteriza o Reiki como uma terapia complementar (7).

Socialmente o Reiki tem um papel importante no desenvolvimento da consciência do autocuidado, pois inicialmente para se aplicar Reiki em outras pessoas é necessário passar por um processo de purificação energética de 21 dias. Isto leva um praticante de Reiki a desenvolver esta consciência que acaba disseminando e contagiando todos ao seu redor, criando, assim, de maneira sutil a consciência coletiva do autocuidado.

TT foi inventado pela enfermeira Dolores Krieger em 1972, e baseia-se no reequilíbrio e harmonização do CE do ser humano. Para os praticantes desta técnica o corpo é um sistema dinâmico de energia que interliga os aspectos físicos, emocionais, mentais e espirituais, e trabalhando no CE pode-se, conseqüentemente, interferir nestas diferentes dimensões facilitando assim a cura (8).

Os passos para a realização do TT são:

Centralização: É o momento onde o terapeuta se centra na sensibilidade de suas mãos a fim de perceber o outro e curá-lo. Utiliza-se de exercícios específicos para que o terapeuta atinja seu equilíbrio e silencie a mente. *Acesso e avaliação do CE do paciente:* O terapeuta toca o CE do paciente colocando suas mãos

numa distância de 6 a 12 cm da pele do paciente e percorre-o no sentido crânio caudal percebendo qualquer desarmonia existente, como: pressão, tamanho e forma, diferenças de temperatura, formigamentos, choques elétricos e enrugamentos. *Tratamento e modulação do CE*: depois que as alterações são constatadas, o terapeuta deve restituir o padrão natural do CE através do alisamento, desobstrução e oposição de sensações. *Balanceamento final e estabelecimento do fluxo energético*: o terapeuta mantém o CE do paciente homogêneo e harmônico, fluindo em harmonia no sentido crânio caudal, direcionando a energia para a região das glândulas supra-renais. *Avaliação*: O terapeuta reavalia os achados no CE do paciente para comparar os achados com os da próxima sessão, nem sempre ele consegue uma harmonização total e é importante o terapeuta estar ciente de suas limitações. Além destes procedimentos é necessário que o terapeuta esteja saudável, centralizado e equilibrado do ponto de vista energético e com a intenção de ajudar o paciente (9, 10, 11).

HT foi criado por Janet Mentgen, uma enfermeira que trabalhou 43 anos observando a conexão inter-relacional entre enfermeiras e pacientes, para, após longa observação, criar Healing Touch como tratamento energético em 1989, a fim de expandir esta conexão. Trata-se de uma terapia energética que envolve o uso das mãos do praticante sobre e no corpo do paciente, utiliza do toque para acessar e determinar áreas de desequilíbrio de energia, percebidas como mudanças na temperatura, textura, ou vibração. O terapeuta desbloqueia a energia no corpo, promovendo cura física e equilíbrio emocional, mental e

espiritual. O HT irá restaurar a harmonia e o equilíbrio do sistema de energia da pessoa para ajudá-la na “autopoiese” (12).

Essas técnicas se distinguem em vários aspectos, primeiramente o Reiki, ao que tudo indica, é uma técnica milenar que tem sua origem no oriente, utiliza de símbolos e sons sagrados para a canalização de energia vital, tem como premissa um processo de 21 dias de auto-aplicação para o iniciado poder aplicar em outras pessoas, sendo recomendado sempre que este se auto-aplique para se manter saudável, porém, diferente do TT e do HT não necessita que o terapeuta esteja centrado e em paz, com a intenção de ajudar o paciente para ser aplicado.

O TT e o HT, diferentemente do Reiki, foram criados no ocidente recentemente, trabalham com o CE do ser humano, não utilizam de símbolos nem sons, apenas a percepção energética das mãos do terapeuta para harmonizar o CE do paciente, além de, como foi citado anteriormente, necessitarem que o terapeuta esteja centrado e harmonizado com a intenção de ajudar o paciente. Todas essas TIM trabalham de alguma forma com a noção de auto-cuidado, o Reiki por necessitar de um processo de 21 de auto-aplicação para poder ser aplicado em outras pessoas, estimulando, assim, que o terapeuta se cuide antes de poder cuidar do outro, o TT e o HT, por sua vez, trabalham com o auto-cuidado por proporcionarem exercícios de centramento e harmonização do terapeuta antes que ele cuide do outro.

Estudos realizados com essas práticas têm mostrado que o relaxamento é um dos efeitos mais comuns reportados. O stress-ansiedade é caracterizado por um estado de tensão psicossomática que pode ser trabalhado através das TIM por

estas produzem relaxamento e, diferente de fármacos, praticamente sem registros de contra indicação e com baixo custo de aplicação (13).

O stress foi introduzido primariamente no campo da saúde em 1936, pelo fisiologista canadense Hans Selye, para designar a resposta geral e inespecífica do organismo a um estressor ou a uma situação estressante. É entendido como stress o estado gerado por estímulos que acarretam em excitação emocional acionando o sistema nervoso autônomo simpático (SNAS), e um processo de adaptação que se caracteriza pelo aumento de secreção de adrenalina, noradrenalina e cortisol, gerando inúmeras manifestações sistêmicas, com alterações psicológicas e fisiológicas (14).

Diferentes respostas ao stress podem ocorrer, variando de acordo com o indivíduo, sua percepção do estímulo, de fatores ambientais e genéticos, que determinam a resposta diante da situação estressora e a forma como o indivíduo será afetado. A ativação fisiológica freqüente decorrente de estímulos estressores recorrentes pode levar ao aparecimento de distúrbios diversos, como, por exemplo, a ansiedade (15).

A ansiedade é uma experiência humana que preenche um papel funcional na interação com o meio ambiente, mas também pode ocorrer como sintoma de várias doenças, sob a forma de "stress" ou como distúrbio psiquiátrico. Pode ser definida como um estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático, sua ação fisiológica é semelhante a do stress, ativação do SNAS e secreção dos hormônios citados. Esta comumente relacionada a um evento futuro e, por vezes, considerada desproporcional a uma ameaça real (16).

A ansiedade e o stress têm suas raízes em diversas reações motivadas pela emoção de medo, do ponto de vista biológico em resposta aos perigos encontrados no meio ambiente, quando, por exemplo, um animal depara com uma ameaça ao seu bem estar, á sua integridade física, ou até mesmo á sua sobrevivência. Em seu aspecto social devido a inúmeros aspectos da vida moderna que geram reações de preocupação, tensão e medo. Esses sintomas, de stress e ansiedade, produzem, portanto, um estado de vigilância no organismo, a fim de que o indivíduo possa se manter alerta para enfrentar desafios naturais e/ou sociais (14, 15, 16).

Este artigo tem como objetivo geral analisar sistematicamente a literatura sobre o uso e efeito das TIM no stress-ansiedade. Tem como objetivos específicos analisar o objeto de estudo, a metodologia utilizada na investigação, o fator de impacto do jornal em que o artigo foi publicado, o país em que o estudo foi desenvolvido, o ano de publicação e os resultados do uso das TIM no cuidado do stress-ansiedade.

METODOLOGIA

O método selecionado neste trabalho foi o da Revisão Sistemática da Literatura (RSL) pela necessidade de compilação das evidências científicas disponíveis, construindo assim conclusões advindas de diferentes fontes (17). Após a escolha do tema de interesse foi realizada a busca e seleção dos artigos conforme consta na figura 4. Posteriormente os estudos selecionados foram analisados criticamente, segundo o uso e efeito, objeto de estudo, metodologia,

fator de impacto, país, ano, resultados e conclusões. Para avaliar o fator de impacto (FI) dos periódicos foi utilizado o índice do Journal Citation Reports (18).

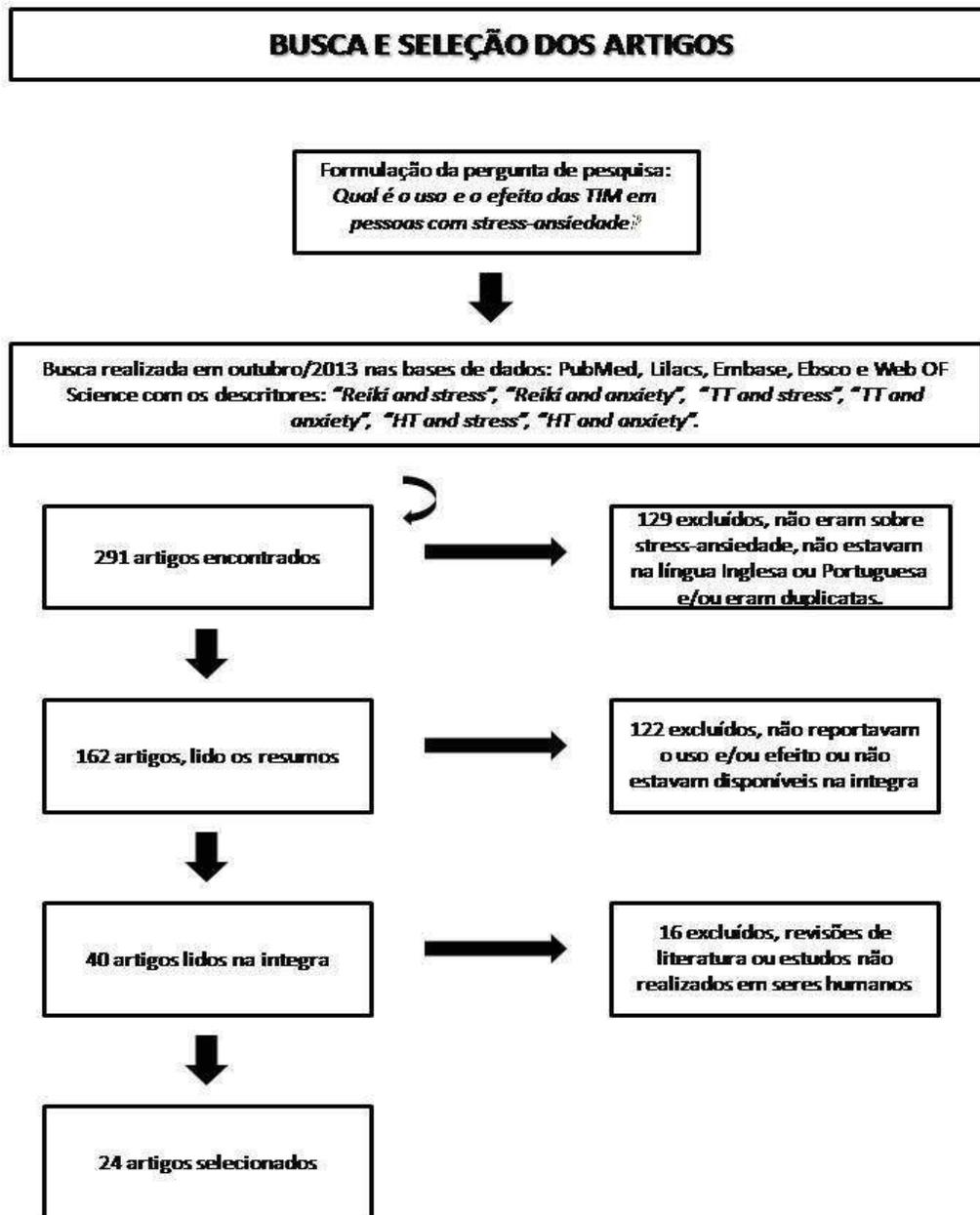
Foram adotados como critérios de inclusão:

- artigos de qualquer data e nacionalidade.
- artigos de língua inglesa ou portuguesa que continham em seu título ou resumo as palavras chave: “Reiki and Stress”; “Reiki and Anxiety”; “Therapeutic Touch and Stress”; “Therapeutic Touch and Anxiety”; “Healing Touch and Stress”; “Healing Touch and Anxiety”.

Foram adotados como critérios de exclusão:

- artigos que relatem experimentos que não foram realizados em seres humanos.
- artigos que não eram sobre os sintomas pesquisados.
- artigos indisponíveis na íntegra nas diferentes bases de dados.
- artigos de revisão.
- artigos que não relatavam o uso/efeito das TIM no stress-ansiedade.
- artigos que fossem duplicatas.
- artigos de revisão de literatura.

FIGURA 4: BUSCA E SELEÇÃO DOS ARTIGOS



RESULTADOS

A primeira publicação indexada sobre a aplicação das TIM no stress-ansiedade é do ano de 1999, o que revela um campo relativamente novo de pesquisa. Além disso, conforme o quadro 7, 8 e 9 existe uma concentração de estudos (15 dos 24 artigos) nos últimos seis anos, o que pode ser um indício do maior interesse da comunidade científica por essas técnicas no cuidado do stress-ansiedade nos últimos anos.

Dos 24 artigos analisados, 14 foram publicados nos EUA onde 6 obtiveram resultados estatisticamente não significativos e 8 significativos. No Canadá, foram publicados 5 artigos, na Inglaterra 2, Irã, Brasil e Holanda publicaram um cada um, todos com resultados significativos. Os dados demonstram a predominância de estudos na América do Norte, 19, em sua maior parte nos EUA, 14, o que pode ser explicado pelo alto investimento que este país faz em pesquisas em PIC, sobretudo após a criação do NCCAM em 1998.

Os estudos apresentam uma predominância metodológica quantitativa, 21, destes 14 são estudos experimentais, 4 estudos quase-experimentais e 3 observacionais. Apenas 3 estudos utilizaram uma abordagem metodológica qualitativa, o que constitui um viés de pesquisa em TIM, pois sua aplicação é única e individual e a padronização inerente dos desenhos de pesquisa controlados e randomizados não condizem com esta lógica. A ênfase na metodologia quantitativa dificulta a criação de evidências e gera marginalização de desenhos qualitativos pela comunidade científica (19).

Em relação ao FI dos jornais em que os artigos foram encontrados observa-se que apenas 8 dos 24 foram publicados em jornais com descrição do FI no Journal Citation Reports. Destes, em ordem decrescente conforme o FI, o primeiro estudo foi o de Bowdeen et al. (20) publicado no periódico *Brain Research Buletim*, com FI 2,81, seguido do artigo de Frank et al. (21) publicado no periódico *Pain medicine* cujo FI é de 2,34. Logo após, se apresenta o trabalho de Busch et al. (22) publicado no *Patient Education and Counseling* com FI de 2,30, seguido do estudo de Tsang et al. (23) e Post-White et al. (12), ambos publicados no *Integrative Cancer Therapies* com FI de 2,13. Em seguida temos o trabalho de Engle VF et al. (24), publicado no *Journal of Nursing Scholarship* com FI de 1,49, seguido do artigo de Berger et al. (25), publicado no *Journal of Palliative Medicine* com FI de 0,78, e por último, o artigo de Richenson NE et al (26), publicado no *Research Gerontological Nursing* com FI de 0,73.

A maioria dos artigos não foi publicada em periódicos com descrição do FI e aqueles jornais que cotam FI são todos considerados de baixo impacto, o que pode ser interpretado como um indício da dificuldade dos autores em publicar pesquisas em TIM especificamente e PIC em geral em revistas de maior visibilidade, relegando esse campo do conhecimento à margem da hegemonia biomédica.

Dos 24 artigos selecionados, 8, utilizaram as TIM em pacientes com stress-ansiedade em tratamento do câncer, 4, em estudantes universitários e 4, em idosos. Destes estudos, 18 tiveram resultados estatisticamente significativos, 5, foram considerados não significativos e ocorreram, na sua totalidade, em pacientes com câncer, o único resultado negativo foi apresentado em estudantes

universitários. Nos 8 estudos restantes as TIM foram utilizadas em pessoas sem patologias associadas e com sintomas de stress-ansiedade; 1 em pessoas com queimaduras; 1 em enfermeiras após serem treinadas no HT; 1 em mulheres com sintomas de stress-ansiedade durante procedimento de cateterização cardíaca; 1 em terapeutas ao aplicar as TIM; 1 em mulheres grávidas com dependência química e sintomas de stress-ansiedade; e 1 em pacientes hospitalizados e sintomas de stress-ansiedade.

Os instrumentos utilizados nos estudos para medir os efeitos das TIM no stress-ansiedade foram diversos, variando desde o aferimento de sinais vitais, como *pressão sanguínea, batimento cardíaco, tensão muscular, amplitude do pulso e temperatura da pele* (21, 24, 25, 28, 29, 30). Como também por questionários de avaliação como *State-Trait Anxiety Inventory* (30, 32, 33, 34), *Spielberger Anxiety Inventory* (29, 31), *Anxiety and Stress Scale* (20, 35), *the hospital Anxiety and Stress Scale* (35), *The Burn Specific Pain Anxiety Scale* (36), *Profile of Mood States* (34), *Beck Anxiety Inventory* (37), *Mini Mental State Exam* (38), *Self-Rating Anxiety Scale* (23), *Hamilton Anxiety Rating Scale* (27) e *Hospital Anxiety and Depression Scale* (39). Alguns estudos mediram o nível de *cortisol salivar* (20, 30) e *secreção de IgA* (30, 40). Assim como outros estudos utilizaram a *escala visual analógica* (21, 24, 26, 41, 42, 43), *narrativas* (26, 40) e *escala auto referida* (44).

Nos resultados demonstrados no quadro 7, dos 24 artigos 10 utilizaram o Reiki, sendo que 8 deles obtiveram resultados estatisticamente significativos e 2 não significativos. No quadro 8, constituído de 10 artigos de TT aplicado ao cuidado de stress-ansiedade, 8 obtiveram resultados estatisticamente

significativos, 1, resultado não significativo e 1, resultado negativo. No quadro 9, foram apresentados os 5 estudos sobre o HT, desses 3 obtiveram resultados estatisticamente significativos e 2 não significativos. Sendo que o estudo de Berger et al.(8) utilizou duas TIM diferentes, Reiki e TT, e por tanto, se insere no quadro 7 e 8. É importante notar que a maioria dos estudos apresenta um número de amostra baixo o que pode ter influenciado os estudos com resultados estatisticamente não significativos.

O único estudo em que foi medida uma variável que aponta para uma direção prejudicial das TIM foi o trabalho de Engle et al.(25) com o TT, desenvolvido nos EUA com estudantes universitários. Neste estudo, o grupo que recebeu as TIM experimentou redução do batimento cardíaco e amplitude de pulso, porém uma vasoconstrição, e não vasodilatação como era esperado. Contudo os autores alegam que a importância desta variável é desconhecida.

QUADRO 7: ESTUDOS DO REIKI NO STRESS-ANSIEDADE

Referência	Técnica NS/DI/GE	Uso	Efeito
Berger et al 2013	Reiki e TT NS- N/I DI- N/I GE- 31	Pacientes terminais com ansiedade	Melhora significativa da ansiedade e narrativas de aumento do bem estar
Marcus et al 2013	Reiki NS-N/I DI- 282 GE-145	Dor, stress e ansiedade em pacientes com câncer	Melhora significativa dos sintomas de stress e ansiedade
Bowden D et al 2011	Reiki NS-06/DI- 30 GE-20/GC-20	Bem estar de estudantes universitários	Melhora significativa da ansiedade após a quinta sessão
Beard C et al 2011	Reiki NS-16/DI- 50 GE-36/GC-18	Homens com ansiedade em radioterapia	Não houve diferença significativa
Bowden D et al 2010	Reiki NS-12/DI- 20 GE-18/GC-17	Bem estar de estudantes universitários	O GE obteve uma redução significativa do stress-ansiedade comparado ao GC
Richenson NE et al 2010	Reiki NS-08/DI- 45 GE-13/GC-12	Idosos com ansiedade	Promoção de saúde, relaxamento, consciência de autocuidado e crescimento de recursos para enfrentar a enfermidade
Meland B 2009	Reiki NS-08/DI- 20/GE-06	Ansiedade em idosos com demência	5 dos 6 participantes experimentaram diminuição da ansiedade depois da sessão de Reiki e acumulativo por 3 semanas.
Potter PJ 2007	Reiki NS-02/DI- 54 GE-17/GC-15	Ansiedade em mulheres com câncer de mama	Não houve diferença significativa
Tsang KL et al 2007	Reiki NS-07/DI- 45 GE-08/GC-08	Ansiedade em pessoas com Câncer	Melhora significativa
Wardell WD et al 2001	Reiki NS-01/DI- 30 GE-23	Pessoas com sintoma de ansiedade	A ansiedade foi significativamente reduzida no antes e depois.

N/I- Não informado NS- Número de sessões DI – Duração da intervenção em minutos. GE- Grupo experimental GC- Grupo controle GP – Grupo placebo

QUADRO 8: ESTUDOS DO TT NO E STRESS-ANSIEDADE

Referência	Técnica NS/DI/GE	Uso	Efeito
Berger et al 2013	TT e Reiki NS- N/I DI- N/I GE- 31	Pacientes terminais com ansiedade	Melhora significativa da ansiedade e narrativas de aumento do bem estar
Busch M et al 2012	TT NS-10/DI-10 GE-17/GP-22	Ansiedade em pessoas com queimaduras	A ansiedade pela dor diminuiu significativamente na 10ª sessão
Zolfaghari M et al 2012	TT NS-01/DI-10 GE-23/GC-23/GP-23	Ansiedade em mulheres fazendo cateterização cardíaca	Melhora significativa
Gomes VM et al 2008	TT NS-03/DI-N/I GE-21/GP-21	Ansiedade em estudantes universitários	Melhora significativa
Smith DW et al 2007	TT NS-08/DI-30/GE-24	Stress dos terapeutas e pacientes	Diminuição do stress por curto período de tempo
Frank LS et al 2007	TT NS-01/DI-10/GE-42/GP-40	Ansiedade em mulheres passando por biopsia	Não houve diferença significativa
Larden CN et al 2004	TT NS-07/DI-20 GE-18/GC-18/GP-18	Ansiedade em mulheres grávidas com dependência química	Decréscimo significativo no GE nos dias 1,2 e 3 comparado com GC e GP
Engle VF et al 2000	TT NS-01/DI-N/IGE-11/GP-11	Stress em estudantes universitários	Não houve diferença significativa
Lin YS et al 1999	TT NS-03/DI-20 GE-30/ GP-30/ GC-30	Ansiedade em pessoas idosas	Melhora significativa
Lafreniere KD et al 1999	TT NS-03/DI-N/I GE-22/GC-19	Ansiedade em pacientes com câncer	Melhora significativa

N/I- Não informado NS- Número de sessões DI – Duração da intervenção em minutos. GE- Grupo experimental GC- Grupo controle GP – Grupo placebo

QUADRO 9: ESTUDOS DO HT NO STRESS-ANSIEDADE

Referência	Técnica NS/DI/GE	Uso	Efeito
Thomas LS et al 2013	HT NS- 04 DI- 30 GE- 11 GC – 06	Ansiedade e Stress em pacientes hospitalizados	Redução significativa apenas do stress na 2 ^a e 4 ^a sessão
Tang R et al 2010	HT NS-02/ DI-900 GE-26	Stress em enfermeiras líderes após serem treinadas no HT	Melhora significativa
Post-White J et al 2003	HT NS-04/DI-45 GE-119/GP-45	Ansiedade em pessoas com câncer	Não houve diferença significativa
Wilkinson DS et al 2002	HT NS-02/DI-30 GE-22	Pessoas com stress	Melhora significativa
Rexilius SJ et al 2002	HT NS-03/DI-30 GE-23/GC-13	Ansiedade em pessoas com câncer	Não houve diferença significativa

N/I- Não informado NS- Número de sessões DI – Duração da intervenção em minutos. GE- Grupo experimental GC- Grupo controle GP – Grupo placebo

DISCUSSÃO

Os estudos analisados que utilizaram mais tempo de intervenção e maior número de sessões obtiveram resultados mais significativos, em relação àqueles com duração menor e pequeno número de intervenção, o que indica que, quanto maior o tempo de aplicação e número de sessões, melhores serão os resultados. Isto sugere que as TIM têm efeito acumulativo, como mencionado no estudo de Lafrenierre et al.(34), sobre o TT, que conclui que os melhores resultados foram obtidos na última sessão.

Dos 24 estudos, 10 não relatam, em sua metodologia, o nível de experiência do terapeuta que aplicou a TIM, sendo que 3 desses estudos tiveram resultados não significativos e 7 significativos. Isso pode constituir um viés metodológico importante nesse campo de pesquisa, já que diferentemente de um fármaco, a efetividade dessas técnicas está diretamente relacionada à experiência do terapeuta que as administra. Dos 14 estudos voltados para essa questão, 13 utilizaram terapeutas experientes (com dois ou mais anos de experiência) dentre estes 11 obtiveram resultados significativos e 2 não significativos; o único estudo que relata experimento onde as técnicas foram administradas por terapeutas inexperientes os resultados não foram significativos. No estudo de Wilkinson et al.(40) onde diversos praticantes de níveis diferentes aplicaram o HT, foi constatada uma melhora significativa maior dos níveis de IgA nos participantes que receberam tratamento de terapeutas mais experientes em relação aos que receberam tratamento de novatos.

Outro possível viés metodológico é em relação à padronização, nos estudos que apresentam o protocolo associado à aplicação da técnica, observa-se que a

maioria deles obteve resultados não significativos com alguns poucos resultados significativos. Entretanto nos estudos que utilizaram uma abordagem individual e não padronizada, todos tiveram resultados significativos, o que pode ser um indício de que os efeitos dessas técnicas são melhor percebidos pelos pacientes e efetuados pelos terapeutas sob abordagem fenomenológica.

Apenas três estudos utilizaram o cegamento simples de um dos grupos: No estudo de Bowden et al.(35) o cegamento foi utilizado de maneira que tanto o grupo controle quanto o grupo experimental recebessem relaxamento guiado através de sons da natureza. Em outro estudo de Bowden et al.(20) o cegamento foi realizado de forma que o grupo experimental não recebesse o toque na aplicação de Reiki, mas apenas a imposição de mãos a uma distância de 3 a 30 polegadas de seu corpo, o grupo controle, por sua vez, não recebeu nada sendo que ambos participantes dos grupos estavam “cegos” durante a aplicação. No estudo de Lin et al. (41) o cegamento foi realizado pela mímica realizada no grupo placebo, sendo que os participantes dos dois grupos, experimental e placebo, não sabiam o que estavam recebendo.

Dos 8 estudos que utilizaram grupo placebo, comparando com grupos expostos às TIM, 5 tiveram resultados significativos e 3 não significativos. A pesquisa em PIC frequentemente recebe críticas que seus resultados provêm apenas de efeito placebo, por isso são enquadradas dentro do modelo de pesquisa biomédico de estudos cegos e duplos cegos, contudo isto se trata de um viés de pesquisa nesta área, pois, a interação terapeuta-paciente é um componente crucial dos efeitos e resultados dessas práticas (33). As TIM por serem terapias que não utilizam de agulhas, medicamentos e nenhum outro

arcabouço inerente ao imaginário do que é medicina na sociedade contemporânea, tem um efeito placebo muito mais brando comparadas a outras PIC como a acupuntura e a fitoterapia, que utilizam de instrumentos consagrados no imaginário biomédico como fármacos e agulhas.

O paradigma da Medicina Baseada em Evidência (MBE) sustenta um conjunto de símbolos relacionados à medicina ocidental, modelando a forma dos serviços de saúde; fundos de saúde; políticas para basear e suportar intervenções; práticas e modelos de cuidado; caracteres da doença; qualidade de vida; e ultimamente as chances de sobrevivência (19). A criação da PNPIC em 2006 é um reflexo deste paradigma em saúde, pois, apesar do Reiki ser a PIC mais utilizada no SUS ele não entrou na política oficial, o que pode ser explicado pelo motivo desta técnica não estar alinhada com a concepção de medicina da sociedade atual, e também pelo argumento de que não há evidências, porém a questão do que consiste evidência é crucial neste campo de pesquisa.

As TIM são terapias que destoam da lógica da MBE, esta obteve seu sucesso devido ao desenvolvimento e ostentação da tecnologia que imbui valores particulares na natureza da produção do conhecimento. As TIM são terapias que não necessitam de instrumentos tecnológicos por isso são marginalizadas por esta lógica, além de que seus efeitos são dificilmente captados por desenhos metodológicos considerados “padrão ouro”, como a meta-análise e estudo clínico randomizado. Este modelo de pesquisa aumenta a polarização cultural na construção do que é um conhecimento legítimo, uma evidência epistemologicamente redutiva, marginalizando dados qualitativos e desenhos interpretativos que se alinham com os efeitos destas técnicas (45).

Um reflexo deste modelo é o conteúdo dos artigos selecionados, os quais são pouco reflexivos, dedicando muito espaço para demonstrar resultados e pouco para discuti-los, o que gera uma ciência pouco reflexiva, que se foca apenas em números e estatísticas, não se indagando e refletindo o porque desses números e o que eles representam, reflexo da busca frenética de uma realidade objetiva e uma verdade absoluta que não existe (19).

Colocando-se a MBE em foco fica explícito a necessidade de uma terapêutica que estimule a capacidade curativa do sujeito doente, que é o mecanismo de atuação de práticas como as TIM. Para isso é necessário uma construção democrática de diretrizes gerais e flexíveis, no lugar de abordagens reducionistas, fechadas e rígidas, o que destoia da lógica de um uso racional de medicamentos já que a racionalidade é apenas uma dimensão do cuidado. É necessário um discurso crítico da MBE onde o propósito não é dismantelar mas contextualizar, equilibrar e enfatizar algumas vozes marginalizadas por esta lógica (45).

Para que a pesquisa em TIM se alinhe ao seu modelo de cuidado, é necessário expandir o conceito de ciência, considerando-se que em sua base estão a: observação, interpretação, conceitualização e teorização. Portanto, é necessário compreender que na pesquisa convencional o método científico é valorizado pelo seu rigor, porém esse mesmo rigor é válido para a abordagem das TIM, de forma que as evidências não são rejeitadas, porém posicionadas em uma diferente visão de mundo (19).

Devido ao pequeno número de artigos não é possível fazer distinções em relação às técnicas e seus efeitos. Assim, os resultados são oscilantes e

discordantes, sendo os melhores obtidos em estudos que utilizaram uma abordagem metodológica subjetiva, individual, com o apoio de terapeutas experientes, maior número de sessões e tempo de intervenção.

Um dos limites deste trabalho é relativo ao número reduzido de artigos indexados identificados e analisados; além disso, limita esta revisão a inclusão de artigos publicados em português e inglês. No entanto, os méritos do trabalho alcançam o fato de que se trata de um campo novo e constituído de pesquisas de vanguarda para o cuidado de dois dos maiores sintomas da “epidemia de mal estar” da sociedade mundial (46).

CONCLUSÃO

O campo de pesquisa em PIC é relativamente novo e a pesquisa em TIM, por sua vez, é mais nova ainda. Devido a isto, e ao fato de alguns estudos não estarem disponíveis na íntegra, os resultados desta revisão são relativamente limitados. Porém, promovem um vislumbre dos possíveis efeitos destas técnicas, assim como os vieses metodológicos provenientes de estudos quase exclusivamente quantitativos.

A complexidade da pesquisa em TIM fica clara pela maneira que estas destoam da lógica biomédica em sua forma de cuidado. A interação terapeuta-paciente é um ponto crucial a ser explorado, bem como a aplicação fenomenológica destas técnicas. Para uma melhor compreensão deste tema futuros estudos devem incluir mensurações qualitativas que deem voz aos terapeutas e pacientes, para entender como eles experimentam essas técnicas,

como elas podem colaborar para a melhora da qualidade de vida, bem estar e outras variáveis indispensáveis a uma visão de saúde ampla e multidimensional.

As TIM colaboram com a integralidade do cuidado ao tratarem do ser humano de maneira multidimensional, com uma abordagem centrada no paciente considerando dimensões que vão além do biológico, como por exemplo, o campo de energia. Colaboram, também, com a pluralidade dos saberes, ao ampliar o escopo de atuação terapêutica e incluir formas alternativas de tratamento que destoam da lógica biomédica hegemônica. Além disso, promovem saúde, pois, permitem a manutenção e melhora da qualidade de vida com técnicas não invasivas de baixo custo e com pequeno registro de contra indicações.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. Ricardo Monezi e a Dra. Pâmela Siegel pela revisão e discussão do artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- VanderVaart S, Berger H, Tam C, Goh YI, Gijsen VM, de Wildt SN, Taddio A, Koren G. The effect of distant reiki on pain in women after elective Caesarean section: a double-blinded randomized controlled trial. *BMJ open* 2011; 1(1):e000021

2- VanderVaart S, Gijsen VM, Wildt SN, Koren G. A systematic review of the therapeutic effects of reiki. *J Altern Complement Med* 2009; 15 (11): 1157-69.

3- Babenko PC. **Reiki: um estudo localizado sobre terapias alternativas, ideologia e estilo de vida.** [Dissertação] São Carlos (SP) Universidade Federal de São Carlos; 2004.

4- Stewart JC. **The Reiki Touch: The essential Handbook.** Houston, The Reiki Touch: 1995.

5- Usui M, Petter FA. **Manual de Reiki do Dr. Mikao Usui.** 13^a ed. São Paulo: Pensamento; 1999.

6- Brasil. Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde** 2006; 03 mai.

7- National Center of Complementary and Alternative Medicine. Estados Unidos da América: NCCAM. US National Institutes of Health. 2013. [Acesso em 2013 out 19]. Disponível em <http://nccam.nih.gov/health/reiki/introduction.htm?nav=gsa>.

8- Gerber R. Um guia prático de medicina vibracional. In: Gerber R. **As variedades da cura pelas mãos.** São Paulo: Cultrix: 2001. p. 393-425.

9- Krieger D. Therapeutic touch: the Imprimatur of Nursing. **Am J Nurs** 1975. 35 (5): 784-787.

10- Marta IER. **Utilização do toque terapêutico no processo de cuidar de pessoas com dor crônica não-neoplásica** [Tese] Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1999.

11- Oliveira VLM. **O toque terapêutico no alívio da dor e seu desconforto em doentes vasculares amputados com enfermidades arteriais**

de membros inferiores [Dissertação] Guarulhos (SP). Universidade Guarulhos; 2000.

12- Post-White J, Kinney ME, Savik KGAUJB, Wilcox C, Lerner I. Therapeutic Massage and Healing Touch Improve Symptoms in Cancer. **Integr Cancer Ther** 2003; 2 (4): 322-344.

13- Peters RM. The effectiveness of Therapeutic Touch: A meta-analytic review. **Nurs Sci Q** 1999; 12 (1), 52-61.

14- Labrador FJ, Crespo M. Evaluación del estrés. In: Fernández- Ballesteros R, organizador. **Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud**. Madrid: Pirámide S.A; 1994 p. 484-529.

15- Margis R, Picon P, Cosner AF, Silveira R.O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul** 2003; 25(supl. 1): 65-74.

16- Nima AA, Rosenberg P, Archer T, Garcia D. Anxiety, Affect, Self-Esteem, and Stress: Mediation and Moderation Effects on Depression. **Plos One** 2013; 8 (9): e73265.

17- Gonçalo CS, Castro CM, Bonon MM, Motta PMR, Dahdal AB, Batista JC, Hirayama MS, Peres SMP, Barros NF. Planejamento e execução de Revisões Sistemáticas da Literatura. **Brasília Médica** 2012; 49 (2).

18- Thomso Reuters. **Journal Citation Reports**. EUA; 2013. [acesso em 20 de Outubro de 2013] Disponível em: <http://thomsonreuters.com/journal-citation-reports/>

19- Motta PMR, Tavares MM. Resenha do livro: Evidence Healthcare in Context – Critical Social Science Perspectives. **Cad Saúde Pública** No prelo 2013.

20- Bowden D, Goddard L, Gruzelier J. A randomized controlled single-blind trial of the effects of Reiki and positive imagery on well-being and salivary cortisol.

Brain Res Bull 2010; 81(1): 66-71.

21- Frank, LS; Frank JL; March D; Makari-Judson G; Barham RB; Mertens WC. Does therapeutic Touch Ease the discomfort or distress of patients undergoing stereotactic core breast biopsy? A randomized clinical trial. ***Pain Medicine*** 2007; 8(5): 419-424.

22- Busch M, Visser A, Eybrechts M, Komen RV, Oen I, Olf M, Dokter J, Boxma H. The implementation and evaluation of therapeutic touch in burn patients: An instructive experience of conducting a scientific study within a non-academic nursing setting. ***Patient Educ Couns*** 2012; 89(3): 439-446.

23- Tsang KL, Carlson LE, Olson K. Pilot crossover Trial of Reiki versus rest for treating cancer-related fatigue. ***Integr Cancer Ther*** 2007; 25(6): 25-35.

24- Engle VF, Graney MJ. Biobehavioral Effects of Therapeutic Touch. ***J Nurs Scholarsh*** 2000; 32(3): 287-283.

25- Berger L, Hons B, Tavares M, Berger B. A Canadian Experience of Integrating Complementary Therapy in a Hospital Palliative Care Unit. ***J Palliat Med*** 2013; 16(10): 1294-1298.

26- Richenson NE, Spross JA, Lutz K, Peng C. Effects of Reiki on Anxiety, Depression, Pain, and Physiological Factors in Community-Dwelling Older Adults. ***Res Gerontol Nurs*** 2010; 3(3): 187-199.

27- Thomas LS, Stephenson N, Swanson M, Elizabeth D. Brown J, Brown S. A Pilot Study: The Effect of Healing Touch on Anxiety, Stress, Pain, Pain Medication Usage, and Pain Episode Physiological Measures in Hospitalized

Sickle Cell Disease Adults Experiencing a Vaso-Occlusive. **J Holist Nurs** [serial on the internet] 2013 [cited 2013 oct 20]: 20(10): [about 14 p.]. Available from: <http://jhn.sagepub.com/content/early/2013/06/24/0898010113491631.full.pdf+html>.

28- Zolfaghari M, Eybpoosh S, Hazrati M. Effects of Therapeutic Touch on Anxiety, Vital Signs, and Cardiac Dysrhythmia in a Sample of Iranian Women Undergoing Cardiac Catheterization: A Quasi-Experimental Study. **J Holist Nurs** 2012; 30(4): 225-234.

29- Wardell DW, Engebretson J. Biological correlates of Reiki Touch healing. **J Adv Nurs** 2001; 33(4): 439-445.

30- Beard C, Stason WB, Wang Q, Manola J, Dean-Clower E, Dusek JA, Decristofaro S, Webster A, Doherty-Gilman AM, Rosenthal DS, Benson H. Effects of Complementary Therapies on Clinical Outcomes in Patients Being Treated with Radiation Therapy for Prostate Cancer. **Cancer** 2011; 117(1): 96-102.

31- Gomes VM, Silva MJP, Araújo EAC. Efeitos gradativos do toque terapêutico na redução da ansiedade de estudantes universitários. **Rev Bras Enferm** 2008; 61(6): 841-6.

32- Larden CN, Palmer ML, Janssen P. Efficacy of Therapeutic Touch in Treating Pregnant Impatients Who Have a Chemical Dependency. **J Holist Nurs** 2004; 22(4): 320-332.

33- Lafreniere KD; Mutus B; Cameron S; Tannous M; Giannotti M; Abu-Zahra H; Laukkanen E. Effects of Therapeutic Touch on Biochemical and Mood Indicators in Women. **The J. of Alter. And Compl. Med** 1999; 5(4): 367-370.

34- Bowden D; Goddard L; Gruzelier J. A radomised controlled single-blind trial of the efficacy of Reiki at Benefitting Mood and Well-Being. **Evid Based**

Complement Alternat Med [serial on the internet] 2011 [cited 2013 oct 20]: [about 08 p.]. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/2011/381862/>

35- Busch M, Visser A, Eybrechts M, van Komen R, Oen I, Olf M, Dokter J, Boxma H. The implementation and evaluation of therapeutic touch in bruna patients: An instructive experience of conducting a scientific study within a non-academic nursing setting. **Patient Educ Couns** 2012; 89(3): 439-446.

36- Rexilius SJ, Mundt CA, Megel ME, Agrawal S. Therapeutic Effects of Massage Therapy and Healing Touch on Caregivers of Patient Undergoing Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplant. **Oncol Nurs Forum** 2002; 29(3): 35-44.

37- Meland B. Effects of Reiki on Pain and Anxiety in the Elderly Diagnosed with Dementia: A serie of Case Reports. **Altern Ther Health Med** 2009; 15(4): 56-57.

38- Potter PJ. Breast Biopsy and Distress: Feasibility of Testing a Reiki Intervention. **J Holist Nurs** 2007; 25(4): 238-248.

39- Wilkinson DS, Knox PL, Chatman JE; Johson TL; Barbour N, Myles Y; Reel A. The clinical effectiveness of Healing Touch. **J Altern Complement Med** 2002; 8(1): 33-47.

40- Lin YE, Taylor AGT. Effects of Therapeutic Touch in Reducing Pain and Anxiety in an Elderly Population. **Int Med** 1998; 1(4): 155-162.

41- Smith DW, Broida JP. Pandimensional Filed Pattern Changes in Healers and Heales: Experiencing Therapeutic Touch. **J Holist Nurs** 2007; 25(4): 226-227.

42- Tang R, Tegeler C, Larrimore D, Cowgil S, Kemper KJ. Improving the Well-Being of Nursing leaders through healing touch training. **J Altern Complement Med** 2010; 16(8): 837-841.

43- Marcus DA, O'Neill BB, Kopar JL. Symptomatic Improvement Reported After Receiving Reiki at a Cancer Infusion Center. **Am J Hosp Palliat Care** 2013; 30(2): 216-217.

44- Broom A, Adams J. **Evidence-Based Healthcare in Context – Critical Social Science Perspective**. 1^a ed. Inglaterra: Ashgate; 2012.

45- Luz MT. A Crise da Saúde e a Crise da Medicina no Final do Milênio. **Rev. Saúde Coletiva** 2005; 15(Suplemento):145-176.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos pontos mais relevantes que este trabalho suscita é a importância da pesquisa qualitativa na investigação das TIM, pois, ao que tudo indica, o emprego de metodologia quantitativa não é a ferramenta metodológica mais apropriada para se investigar os efeitos dessas técnicas. A busca de uma verdade absoluta e objetiva gera, neste campo do conhecimento, uma compreensão limitada da realidade e, na área da saúde, faz com que todas as técnicas que não sejam “comprovadas” por este tipo de pensamento sejam marginalizadas e desconsideradas por falta de “evidências”.

Existe uma relutância em ampliar o termo, conhecimento empírico (científico) da área da saúde, validado e seguro, objetivamente descrito e generalizável, para incluir os aspectos do conhecimento que não resultam da investigação empírica. A abordagem qualitativa e quantitativa se difere, por estar, a primeira, na ordem do subjetivo, do expressivo e não descritivo, e ainda por envolver criatividade (28).

O ser humano tem muito a perder quando a razão usurpa outras dimensões psíquicas. São incontáveis os benefícios que o desenvolvimento da ciência e da tecnologia trouxeram para a saúde do corpo, mas é igualmente sabido a crescente desumanização da relação paciente terapeuta, devido ao fato do corpo passar a ser visto como uma máquina (29).

A empatia é um dos componentes principais da abordagem de práticas como as TIM, ou seja, a capacidade de experimentação indireta do sentimento do outro. Pela empatia, o terapeuta amplia seu repertório de experiências subjetivas desenvolvendo a capacidade de estruturar uma terapia que não seja meramente

uma rotina mecânica, mas criativa, que atende o que é necessário ao paciente (28). Perante esta explicação pode-se argumentar os motivos de, no capítulo III, as TIM terem tido melhores resultados quando aplicadas por terapeutas experientes, pois, provavelmente, devido a maior experiência destes terapeutas, eles desenvolveram maior capacidade de empatia, o que pode ter interferido diretamente nos resultados.

Em todos os capítulos observou-se que os estudos que dispensaram um protocolo de tratamento, e utilizaram uma aplicação fenomenológica das TIM, obtiveram os melhores resultados. Isso pode ser atribuído ao fato de que esta forma de aplicação desenvolve no terapeuta o atributo da percepção, que têm como consequência torná-lo mais criativo e empático, faz, também, com que reconheça a relação intersubjetiva, faça uso dos sentidos, da emoção e até da intuição para reconhecer as necessidades do paciente (17).

Apenas 09 dos 73 artigos utilizados nesta tese utilizaram a metodologia qualitativa, o que revela uma inadequação destes trabalhos a lógica destas práticas, assim como a maior valorização de dados objetivos do que subjetivos pelos cientistas que estudam este campo de conhecimento. Estes pontos são colocados, não pelos resultados quantitativos dos estudos, que em sua maioria obtiveram resultados estatisticamente significativos, mas porque em suma os estudos quantitativos são muito vazios em relação à riqueza e a profundidade do conhecimento que emergem da pesquisa qualitativa neste campo de pesquisa, o limite em avaliar objetivamente o efeito dessas práticas gera um reducionismo deixando de lado todo o aspecto subjetivo, humano e reflexivo.

No capítulo I é importante salientar como os estudos selecionados marginalizaram as TIM como terapias complementares no tratamento do câncer, partindo do pressuposto que elas não curam esta doença, sem dados científicos que sustentem esta hipótese. Todos os estudos analisados utilizaram as TIM como técnicas no alívio de sintomas secundários e melhora da qualidade de vida no tratamento oncológico, notou-se predominância de estudos estatisticamente significativos, que provê evidências que essas técnicas, como terapêuticas complementares, têm efeitos benéficos no cuidado à pessoas com câncer.

No capítulo II, aplicação das TIM na dor, pode se destacar os aspectos subjetivos deste sintoma, e como os estudos qualitativos oferecem uma maior riqueza de dados e informações a cerca do efeito dessas técnicas. Nos estudos de metodologia qualitativa a pessoa ocupa um lugar central, investiga-se, assim, a pessoa que tem dor, o processo de sentir dor, sua subjetividade, e como as TIM interferem neste ser humano como um todo. Contudo os estudos quantitativos oferecem evidências consistentes de que essas técnicas podem colaborar para o alívio e tratamento deste sintoma de forma não invasiva, diminuindo o uso de medicamentos e ações interventoras.

No capítulo III, os estudos das TIM no stress-ansiedade apresentam uma serie de dados em relação à aplicação destas técnicas interessantes de serem analisados. O fato dos melhores resultados serem obtidos em estudos que utilizaram uma abordagem subjetiva, individual, com terapeutas experientes e com maior número de sessões e tempo de aplicação, revela dados importantes para construção de futuros estudos. Por exemplo, estudos que investiguem o efeito do uso prolongado das TIM em pessoas com stress-ansiedade, assim como a

diferença do efeito dessas práticas quando aplicadas por terapeutas com experiência diferente, e a diferença dos resultados quando as TIM são aplicadas de forma fenomenológica e de forma padronizada. De qualquer forma, é importante ressaltar que a maioria dos estudos obteve resultados estatisticamente significativos, o que é um indício que essas técnicas têm alguma eficácia no cuidado de pessoas com stress-ansiedade.

Conclusivamente, pode se afirmar que os resultados desta pesquisa sustentam a hipótese que as TIM podem ser utilizadas como recurso alternativo ou complementar, substituindo e/ou complementando o uso de medicamentos e ações interventoras no tratamento do câncer, dor e stress-ansiedade. Porém há necessidade de se desenvolver mais estudos, principalmente com abordagens qualitativas, para se explorar melhor a subjetividade no uso destas técnicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Spadacio, C, Barros, NF. O uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. **Rev Saúde Públ** 2008 42(1): 158-64.
- 2- VanderVaart S, Berger H, Tam C, Goh YI, Gijzen VM, de Wildt SN, Taddio A, Koren G. The effect of distant reiki on pain in women after elective Caesarean section: a double-blinded randomized controlled trial. **BMJ open** 2011; 1(1):e000021
- 3- VanderVaart S, Gijzen VM, Wildt SN, Koren G. A systematic review of the therapeutic effects of reiki. **J Altern Complement Med** 2009; 15 (11): 1157-69.
- 4-Babenko PC. **Reiki: um estudo localizado sobre terapias alternativas, ideologia e estilo de vida**. [Dissertação] São Carlos (SP) Universidade Federal de São Carlos; 2004.
- 5- Stewart JC. **The Reiki Touch: The essential Handbook**. 1ª Ed. Houston: The Reiki Touch; 1995.
- 6- França C, França T, França C. **Manual Oficial do Reiki**. Associação Brasileira de Reiki. Niterói, 1989.
- 7- Miles P, True G. Reiki-review of biofield therapy, history. **Alter Therapies** 2003; 9(2): 62-72.
- 8- Petter FA. **Reiki. O legado do Dr. Mikao Usui: o documento original do Dr. Mikao Usui, o desenvolvimento do sistema criado por ele e sua dimensão no mundo atual**. 3ª Ed. São Paulo: Ground; 2002.

- 9- Brasil. Portaria nº 971 de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde** 2006; 03 mai.
- 10- National Center of Complementary and Alternative Medicine. Estados Unidos da América: NCCAM. US National Institutes of Health. 2013. [Acesso em 2013 out 19]. Disponível em <http://nccam.nih.gov/health/reiki/introduction.htm?nav=gsa>.
- 11- Gerber R. Um guia prático de medicina vibracional. In: Gerber R. **As variedades da cura pelas mãos**. São Paulo: Cultrix; 2001. p. 393-425.
- 12- Krieger D. Therapeutic touch: the Imprimatur of Nursing. **Am J Nurs** 1975. 35 (5): 784-787.
- 13- Marta IER. **Utilização do toque terapêutico no processo de cuidar de pessoas com dor crônica não-neoplásica** [Tese] Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1999.
- 14- Oliveira VLM. **O toque terapêutico no alívio da dor e seu desconforto em doentes vasculares amputados com enfermidades arteriais de membros inferiores** [Dissertação] Guarulhos (SP). Universidade Guarulhos; 2000.
- 15- Saviato RM, Silva MJP. Efeitos do toque terapêutico na cicatrização de lesões da pele de cobaias. **Acta Paul Enf** 2004; 17(4): 337-82.
- 16- White-post J, Kinney ME, Savik KGAUJB, Wilcox C, Lerner I. Therapeutic Massage and Healing Touch Improve Symptoms in Cancer. **Integr Cancer Ther** 2003; 2 (4): 322-344.
- 17- Nascimento EMF, Avila, L.A. O corpo de conhecimento da enfermagem e o paradigma holístico: Uma aproximação possível. **Acta Paul Enf** 1997; 10(1): 7-18.

- 18- Beard C, Stason WB, Wang Q, Manola J, Dean-Clower E, Dusek JA, Decristofaro S, Webster A, Doherty-Gilman AM, Rosenthal DS, Benson H. Effects of Complementary Therapies on Clinical Outcomes in Patients Being Treated with Radiation Therapy for Prostate Cancer. **Cancer** 2011; 117(1): 96-102.
- 19- Tsang KL, Carlson LE, Olson K. Pilot crossover Trial of Reiki versus rest for treating cancer-related fatigue. **Integr Cancer Ther** 2007; 25(6): 25-35.
- 20- Richenson NE, Spross JA, Lutz K, Peng C. Effects of Reiki on Anxiety, Depression, Pain, and Physiological Factors in Community-Dwelling Older Adults. **Res Gerontol Nurs** 2010; 3(3): 187-99.
- 21- Lin YE, Taylor AGT. Effects of Therapeutic Touch in Reducing Pain and Anxiety in an Elderly Population. **Int Med** 1998; 1(4): 155-162.
- 22- Labrador FJ, Crespo M. Evaluación del estrés. In: Fernández- Ballesteros R, organizador. **Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud**. Madrid: Pirámide S.A; 1994 p. 484-529.
- 23- Margis R. Picon P. Cosner AF. Silveira R.O. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul** 2003; 25(supl. 1): 65-74.
- 24- Nima AA, Rosenberg P, Archer T, Garcia D. Anxiety, Affect, Self-Esteem, and Stress: Mediation and Moderation Effects on Depression. **Plos One** 2013; 8 (9): e73265.
- 25- Justo LP, Soares BGO, Kalil HM. Revisão sistemática, metanálise e medicina baseada em evidências: considerações conceituais. **J Bras Psiquiatr** 2005; 54(3):242-247.

- 26- Gonçalo CS, Castro CM, Bonon MM, Motta PMR, Dahdal AB, Batista JC, Hirayama MS, Peres SMP, Barros NF. Planejamento e execução de Revisões Sistemáticas da Literatura. **Brasília Médica** 2012; 49 (2).
- 27- Thomso Reuters. **Journal Citation Reports**. EUA; 2013. [acesso em 20 de Outubro de 2013] Disponível em: <http://thomsonreuters.com/journal-citation-reports/>
- 28- Carper BA. Fundamental patterns of knowing in nursing. **ANS** 1978; 1(1): 13-23,.
- 29- Aufranc AL. A dimensão espiritual na atualidade. **Junguiana** 2004; (22): 17-23.