

IPV - ESSV | 2015

Reiki como Terapia Não Convencional: Conhecimentos dos Enfermeiros

Cristina Cunha



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Cristina Maria Rodrigues da Cunha

Reiki como Terapia Não Convencional:
Conhecimentos dos Enfermeiros

Abril de 2015

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Cristina Maria Rodrigues da Cunha

Reiki como Terapia Não Convencional:
Conhecimentos dos Enfermeiros

Relatório Final

3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professora Doutora Rosa Maria Martins



Abril de 2015

PENSAMENTO

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

In: <http://www.citador.pt/frases/citacoes/a/albert-einstein/10>

AGRADECIMENTOS

Entrego o meu Luminoso agradecimento,

Ao Universo.

Ao meu filho Alexandre.

À minha orientadora, Professora Doutora Rosa Maria Lopes Martins.

Ao meu Mestre de Reiki, Vitor Rodrigues (Associação Surya de Reiki e Terapias Alternativas).

À D. Margarida Vale.

Resumo

Enquadramento: O interesse pelas Terapias Não Convencionais (TNC) teve um grande desenvolvimento no início deste século. O Reiki é uma terapia realizada através da colocação das mãos em pontos específicos do corpo e que utiliza a transferência de energia para proporcionar um bem-estar natural. A Enfermagem em especial a de Reabilitação, também apresenta dentro das suas intervenções específicas, uma vertente essencial baseada no toque à pessoa a quem presta cuidados, sendo por isso importante possuir conhecimentos sobre estas técnicas.

Objetivos: Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros acerca do Reiki e identificar fatores determinantes nesse conhecimento.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional, realizado numa amostra de 49 enfermeiros a exercer funções em instituições da região centro do país, baseado num questionário de conhecimentos elaborado pelas investigadoras.

Resultados: Constatamos que os conhecimentos globais dos enfermeiros sobre o Reiki eram para 59,1% *razoáveis*, para 38,6% *altos* e apenas 2,3% apresentava *baixos* conhecimentos. Pudemos verificar diferenças estatisticamente significativas entre o “Conhecimento Total”, e as variáveis “ter iniciação em Reiki” e “ter recebido tratamento com Reiki” para o grupo de enfermeiros dos Cuidados Diferenciados (CD).

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas, também, entre a dimensão “Conceito e História” e grupos etários, habilitações literárias, categoria profissional e tempo de serviço para os enfermeiros a exercer nos CD.

Conclusão: Os conhecimentos dos enfermeiros sobre o Reiki são bastante significativos, sendo estes claramente superiores no grupo que exerce funções em CD. Por outro lado encontrámos fatores que interferem na determinação desses conhecimentos e que por isso importa controlar.

Palavras-chave: Reiki; Enfermagem; Conhecimentos.

Abstract

Framing: Interest in Non-Conventional Therapies had a great development earlier this century. Reiki therapy is performed by placing the hands on specific points of the body and uses the energy transfer to provide a natural well-being. Nursing, in particular Rehabilitation also features within their specific interventions, an essential part based on touch to the person they're providing care, so it is important to have knowledge about these techniques.

Objectives: Evaluate the knowledge of nurses about Reiki and identify the determinants of this knowledge.

Methods: This is a cross-sectional, descriptive and correlational study, performed in a 49 nurse's sample working in institutions of the central region, based on a questionnaire prepared by the researchers.

Results: We found that overall knowledge of nurses about Reiki were to 59.1% *reasonable*, to 38.6 % *high* and only 2.3 % had *low* knowledge. We saw statistically significant differences between the "Total Knowledge" and the variables "have initiation in Reiki" and "receiving treatment with Reiki" for the group of nurses working on Differentiated Care (DC).

We found statistically significant differences, too, between the dimension "Concept and History" and age groups, qualifications, professional category and length of service for nurses working on DC.

Conclusion: The knowledge of nurses about the Reiki is quite significant, which are clearly higher in the group working on DC. On the other hand we found factors that interfere in the determination of this knowledge and therefore matter to control.

Keywords: Reiki; Nursing; Knowledge.

Sumário

	Pág.
LISTA DE FIGURAS	13
LISTA DE QUADROS	15
LISTA DE TABELAS	17
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	19
LISTA DE SÍMBOLOS	21
1 - INTRODUÇÃO	23
2 – MÉTODOS	41
3 – RESULTADOS	51
4 – DISCUSSÃO	75
5 – CONCLUSÕES	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	105
Anexo 1 – Instrumento de recolha de dados	107

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Posição <i>gassho</i>	28
Figura 2 – Modelo conceptual da relação entre variáveis	42

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Paralelismo entre a Enfermagem de Reabilitação e a terapia Reiki	38
Quadro 2 – Distribuição dos participantes por Especialidade	54
Quadro 3 – Distribuição da amostra relativamente ao Mestrado	54
Quadro 4 – Razões justificativas da inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE	59
Quadro 5 – Razões apresentadas à não inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE	59

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Estatística relativa à idade por local de trabalho	52
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica da amostra	53
Tabela 3 – Estatística relativa ao tempo de serviço por local de trabalho	55
Tabela 4 – Conhecimento dos participantes sobre Reiki	55
Tabela 5 – Caracterização da amostra em função do conhecimento do Reiki	56
Tabela 6 – Caracterização da amostra de acordo com as variáveis contextuais	58
Tabela 7 – Caracterização da amostra segundo o nível de iniciação em Reiki	60
Tabela 8 – Estatística relativa aos conhecimentos sobre Reiki	61
Tabela 9 – Conhecimentos sobre reiki em função das dimensões da escala	63
Tabela 10 – Teste de UMW entre género e conhecimentos sobre Reiki	64
Tabela 11 – Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre grupos etários e conhecimentos sobre Reiki	65
Tabela 12 – Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre habilitações literárias e conhecimentos sobre Reiki	67
Tabela 13 – Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre categoria profissional e conhecimento sobre Reiki	68
Tabela 14 – Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre tempo de serviço e conhecimentos sobre Reiki	69
Tabela 15 – Teste <i>Kruskal-Wallis</i> entre a primeira fonte de informação e conhecimentos sobre Reiki	70
Tabela 16 – Teste de UMW entre ter recebido tratamento com Reiki e conhecimentos sobre a terapia	71
Tabela 17 – Teste de UMW entre ter recebido iniciação em Reiki e conhecimento sobre a terapia	72
Tabela 18 – Teste de UMW entre a opinião acerca da importância da inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE e conhecimentos sobre a terapia	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APR – Associação Portuguesa de Reiki
APRE – Associação Portuguesa de Reiki Essencial
artº - artigo
CD – Cuidados Diferenciados
CE – Conselho de Enfermagem
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CV – Coeficiente de variação
Dp – Desvio padrão
ed./Ed. – Edição/Editor(es)
EP – Erro Padrão
ESSV – Escola Superior de Saúde de Viseu
et al – e outros
IPV – Instituto Politécnico de Viseu
K – Kurtosis
KS - Kolmogorov-Smirnov
Max. – Máxima (o)
Méd% - Média percentual
Min. – Mínima (o)
N – Frequência absoluta
nº - número
NA – Não Aplicável
NANDA - North American Nursing Diagnosis Association
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
p./pág. – página
PCLE - Plano Curricular da Licenciatura em Enfermagem
SK – Skewness
SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TNC – Terapêuticas/Terapias Não Convencionais

UMW – Teste U de Mann-Whitney

LISTA DE SIMBOLOS

% - percentagem

\bar{x} - média

> - maior que

< - menor que

\geq - superior ou igual a

\leq - inferior ou igual a

χ^2 – Qui Quadrado

1 – INTRODUÇÃO

As Terapêuticas Não Convencionais (TNC) existem há milhares de anos, tanto nas civilizações orientais como nas ocidentais, contudo tiveram um grande desenvolvimento no início deste século (Mendes et al, 2003, citado por Ferreira et al, 2007).

Os meios de comunicação social, com frequência, vão abordando temas da área da saúde e apresentando e divulgando tratamentos holísticos, ou seja, que visam melhorar aspetos da vida em termos físicos, emocionais, psicológicos e espirituais (Quest, 2012),

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2013 publicou um documento com as estratégias definidas sobre a medicina tradicional. Nesse documento refere que a sua missão, como organização, “consiste em ajudar a salvar vidas e a melhorar a saúde” (p. 16). Por isso, apoia os estados membros no desenvolvimento de políticas nacionais para o setor das TNC; elabora diretrizes; facilita informação; apoia a investigação, entre outras iniciativas relacionadas com estas práticas.

As TNC consistem, então, num conjunto de práticas, uso de produtos e vários sistemas de cuidados que não estão incluídos na chamada medicina convencional (NCCAM, 2011 citada por Carvalho, Lopes & Gouveia, 2012). Em Portugal, estas práticas também estão presentes, pois um estudo levado a cabo pelos investigadores supra citados, na região da grande Lisboa, mostrou que sensivelmente 77% dos inquiridos já tinham recorrido a alguma TNC pelo menos uma vez. Neste estudo identificaram como maiores utilizadores das TNC os indivíduos do sexo feminino, com idade entre os 30 e os 69 anos, habilitados com estudos superiores e rendimentos mensais entre os 1000 e os 1500 euros.

Já o relatório estratégico da OMS de 2002-2005 referia que 48% dos Australianos, 70% dos Canadianos, 42% dos Norte Americanos, 38% dos Belgas e 75% dos Franceses tinham recorrido pelo menos uma vez a uma TNC (OMS, 2002 citada por Carvalho, Lopes & Gouveia, 2012).

A Lei nº 71/2013 de 2 de Setembro regulamenta a Lei nº 45/2003, de 22 de Agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais. Nesta lei estão englobados os profissionais que exerçam Acupunctura, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Naturopatia, Osteopatia e Quiropraxia.

O Reiki embora seja a terapia energética que mais se tem desenvolvido e à qual têm recorrido cada vez mais pessoas (Burke, 2010), inclusive no nosso Sistema Nacional de Saúde (SNS), não foi abrangido por esta lei.

O Reiki teve uma projeção mediática no nosso país através da Enfermeira e Mestre de Reiki, Zilda Alarcão que conduziu um estudo sobre o seu uso em utentes oncológicos no Hospital de S. João - Porto. Entretanto já é conhecida a sua prática noutras instituições como o Hospital do Fundão (Centro Hospitalar da Cova da Beira), Hospital de S. Sebastião (Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga) (APR, 2013a) e Hospital de Castelo Branco, contudo está essencialmente mais vocacionado para serviços onde se prestam cuidados a doentes oncológicos e/ou com dor.

Numa realidade recente, fora do contexto nacional, Miles & True (2003) citados por Sousa (2012, p. 7) referem que o Reiki é cada vez mais utilizado e que já abrange áreas como, “cuidados médicos, salas de emergência, doentes psiquiátricos, lares, pediatria, (...), reabilitação, comunidades, entre outros”.

No nosso país, ainda não existe legislação para o Reiki. No entanto, existem diversas associações que tentam reunir o maior número de praticantes que sigam o mesmo trajeto na interpretação e aplicação dos seus fundamentos e compreensão do Reiki. Entre elas, a Associação Portuguesa de Reiki (APR), a Associação Surya de Reiki e Terapias Alternativas, a Escola Portuguesa de Reiki e Terapias Complementares e também a Associação Portuguesa de Reiki Essencial (APRE), uma das vertentes do Reiki.

Com a sua prática mais difundida no âmbito profissional no nosso país, foi já atribuído ao Reiki um código das Atividades Económicas para as atividades desenvolvidas pelos respetivos terapeutas (APR, 2013b) e algumas das associações que existem apresentam nos seus sítios da internet documentos relativos ao código de ética a que estão sujeitos os seus associados, como por exemplo a APR (2010), a APRE (2011) e uma norma orientadora para a prática do Reiki (APR, 2013b).

A nível internacional, a agência federal norte-americana de referência, o National Center for Complementary and Alternative Medicine em 2011, classificou as TNC em quatro categorias: Produtos Naturais, Medicina Corpo-Mente, Práticas Manipulativas e Baseadas no Corpo, e Outras Práticas e Sistemas Médicos Não Ocidentais. O Reiki encontra-se na categoria “Outras Práticas e Sistemas Médicos Não Ocidentais” nas práticas que envolvem manipulação de campos energéticos com o objetivo de influenciar a saúde juntamente com o Chi Kung, o toque terapêutico e a terapia por ímanes (Carvalho, Lopes & Gouveia, 2012).

Reiki

O Reiki é um sistema terapêutico holístico usado tanto para promover o autoconhecimento e o crescimento espiritual como para tratar, equilibrar e restaurar a harmonia global do indivíduo (corpo, mente, emoções e espírito). É uma excelente terapia profilática uma vez que leva a pessoa a encontrar o seu equilíbrio vital. Pode ser autoaplicado, aplicado a outras pessoas, presencialmente ou à distância (Stein, 2004).

É uma terapia não invasiva, suave, realizada através da imposição das mãos. Utiliza energia espiritual sem recorrer a manipulação ou a massagem. É um método utilizado para se atingir um bem-estar natural através da transferência de energia que ativa os centros energéticos (Chacras) (Quest, 2012; Rodrigues, 2010; Ramos & Ramos, 2005). O praticante é apenas um canal por onde é transferida a energia, não interferindo no processo que é único e individual para cada pessoa (Cavalheiro, 2003).

O Reiki, como terapia complementar, pode ser utilizado de forma paralela com todas as medicinas e terapias existentes, não substituindo ou colidindo com nenhuma delas (APR, 2013).

Reiki é uma palavra japonesa que é, habitualmente, traduzida por “energia vital do Universo” (Quest, 2012; Rodrigues, 2010; Ramos & Ramos, 2005; Cavalheiro, 2003; Stein, 2004). Pode ainda ser traduzida como “energia vital dirigida por Deus” ou “energia espiritual” (Quest, 2012, p. 17).

A palavra Reiki divide-se em duas partes: Rei + Ki, cada uma com um significado específico.

Rei: significa “Inteligência superior que orienta a criação e o funcionamento do Universo; a sabedoria que vem de Deus (a Fonte, o Criador, o Universo ou Tudo o que Existe), que é onisciente e que compreende a necessidade e a causa de todos os problemas e dificuldades, bem como a forma de os tratar” (Quest, 2012, p. 17).

Ki: é “a energia vital que flui através de todas as coisas vivas - plantas, animais e pessoas - e que está presente, de alguma forma, em tudo o que existe à nossa volta, mesmo em pedras e objetos inanimados” (Quest, 2012, p. 18).

O Reiki tem como principal efeito o aumento da capacidade auto-curativa da pessoa, indo à causa do problema. Os seus benefícios podem ocorrer das seguintes formas:

- Produzindo um relaxamento profundo;
- Dissolvendo bloqueios de energia;
- Desintoxicando;

- Fornecendo a energia vital universal de cura;
- Aumentando a frequência vibratória do corpo (Lübeck, 1998).
- Reequilibrando o *biofeedback*;
- Aumentando a produção de endorfina (Alandydy & Alandydy, 1999 citados por Sousa, 2012).
- Reduzindo a ansiedade ao conduzir a um profundo estado de relaxamento;
- Aumentando as defesas do corpo por estimulação do sistema imunitário;
- Aliviando estados depressivos e fadiga;
- Eliminando ou reduzindo os efeitos secundários de fármacos (ex: citostáticos);
- Acelerando a eliminação de toxinas do organismo;
- Aumentando a capacidade de recuperação após uma intervenção cirúrgica ou doença (APR, 2013).

Num estudo realizado em Portugal, Cardoso (2013) verificou diminuição da dor (57%) e melhorias não especificadas a nível físico (34%) nos participantes de um estudo sobre os efeitos do Reiki. Com a realização de uma avaliação antes e outra depois da terapia, demonstrou que uma única sessão de Reiki, é capaz de ajudar a aliviar os sintomas de dores para um nível inferior de intensidade, além de proporcionar um melhor bem-estar físico às pessoas.

Breve história do Reiki

Mikao Usui (1865-1926), monge budista japonês, criou o *Usui Reiki Ryoho* que é conhecido a nível mundial por Reiki e fundou a Escola que ainda hoje existe em Tóquio com o nome *Usui Reiki Ryoho Gakkai*.

Desenvolveu o Reiki, como forma de tratamento, quando ficou a saber a forma de aceder e utilizar esta energia terapêutica durante um retiro de 21 dias onde teve a sua experiência de *Satori* (Iluminação) (Ramos & Ramos, 2005).

No ocidente, o Reiki tem sido utilizado e ensinado desde os finais da década de 1930. Até ao início da década de 1990 os conhecimentos sobre a história e ensinamentos sobre Reiki eram transmitidos oralmente porque não eram permitidos registos escritos (Quest, 2012).

O número de Mestres e praticantes de Reiki aumentou bastante no início da década de 1990 quando passou a ser possível qualquer Mestre de Reiki, devidamente habilitado, ensinar outros Mestres. Até esse momento, apenas o Grande Mestre o podia fazer.

No ocidente, a grande líder foi a Senhora Hawayo Takata (1900-1980) que à sua morte, foi sucedida pela neta Phyllis Lei Furumoto, a impulsionadora da grande expansão do Reiki, que teve início em 1988. Nesta fase, começaram a surgir livros, manuais, alterações na duração e intervalo entre níveis de formação em Reiki, o que permitiu uma rápida expansão pelo mundo (Quest, 2012; Stein, 2004).

Ao longo da história do Reiki, principalmente depois da morte da senhora Takata, no Ocidente, foram-se formando novas correntes de pensamento e criadas variações da técnica, existindo atualmente várias modalidades de Reiki. No nosso país, o Reiki teve uma grande expansão após a publicação do livro de Diane Stein, “*Essential Reiki*”, que originou em 1995 a variante com o mesmo nome (Ramos & Ramos, 2005).

Atualmente comemora-se o Dia Internacional do Reiki a 15 de Agosto, dia em que nasceu Mikao Usui, no Japão.

Os ensinamentos do Mestre Mikao Usui tanto se encaminhavam para o despertar espiritual como para o tratamento físico. Ele salientava a importância do auto-tratamento e considerava os princípios do Reiki como os alicerces para viver uma vida “adequada”. Segundo Mikao Usui estes princípios funcionam como uma magnífica medicina para todas as doenças do corpo e da mente.

“Só por hoje:

- 1 – Não se irrite;
- 2 – Não se preocupe;
- 3 – Mostre gratidão;
- 4 – Trabalhe arduamente (em si mesmo);
- 5 – Seja gentil com os outros (Petter, 1998, citado por Quest, 2012, p. 27).

Os princípios do Reiki são, por si só, um poderosíssimo sistema de cura (Rodrigues, 2010). Mikao Usui instituiu-os para orientar o desenvolvimento pessoal dos praticantes de Reiki (APR, 2013; Ramos & Ramos, 2005).

O Mestre Usui recomendava repetir estes princípios em voz alta todos os dias de manhã e ao final do dia sentado na posição *gassho* (Figura 1).

Figura 1 – Posição *gassho*



Fonte: <http://www.humaniversidade.com.br/zazen2.htm>

Corpo energético humano

No Oriente acredita-se que para além do corpo físico, cada indivíduo possui um corpo energético. A doença no corpo físico resulta de um desequilíbrio no corpo energético que fragiliza o indivíduo face a agressões externas. O foco é colocado no sistema imunitário pois os agentes patogénicos apenas podem levar à doença se ele estiver fragilizado ou incapaz de exercer a sua função (Cavalheiro, 2003).

No início do século XX, Einstein revolucionou a forma de ver o mundo com a sua Teoria da Relatividade, onde mostrou que a massa é apenas uma forma de energia, de onde se infere que o corpo nada mais é que uma forma de energia (Brennan, 1987 citada por Ferreira et al, 2007). Tudo o que existe no Universo é energia vibrando e oscilando a ritmos diferentes.

A continuação das investigações levou ao conceito de *campo*, que foi definido inicialmente como “uma condição do espaço capaz de produzir uma força”. Este conceito foi aperfeiçoado com o resultado de outras investigações e hoje aceita-se a existência de um “Universo cheio de campos criadores de forças, que interagem umas com as outras” (Brennan, 1987 citada por Ferreira et al, 2007, p. 21).

A – A aura

É um campo de energia que envolve completamente o corpo físico. É formada por sete camadas, em que as mais próximas do corpo físico são formadas por energia mais densa e podem, mais facilmente, ser vistas a olho nu. À medida que se afastam do corpo físico, as camadas são compostas por vibrações mais altas, que são também mais difíceis de observar.

A aura está presente desde o nascimento até à morte. As suas características variam de pessoa para pessoa e a de cada pessoa varia de dia para dia ou de acordo com fatores como estado emocional, quadro de saúde, etc.

A camada exterior da aura pode estender-se para além do corpo físico cerca de dois a 20 metros, o que quer dizer que as nossas auras se “misturam” (Quest, 2012; Rodrigues 2010).

B – Os Chacras

Em sânscrito, chacra significa roda ou vórtice. No corpo energético humano existem sete chacras principais e 20 chacras menores. Os principais localizam-se ao longo da coluna e cabeça. O sistema de chacras está intimamente ligado com a nossa saúde física e refletem o seu estado, pois cada um deles está relacionado com uma zona específica do corpo, órgão ou sistema. Chacras saudáveis, equilibrados e abertos são sinal de saúde. Quando um chacra está bloqueado, danificado ou fechado a saúde da zona correspondente começará a refletir esse estado. Os chacras, tal como a aura, são afetados por todos os acontecimentos da vida (Quest, 2012; Rodrigues, 2010; Sharamon e Baginski, 1991).

Os sete chacras principais, na direção céfalo-caudal, são:

- Sétimo chacra, Plexo Coronal, Chacra da Coroa ou *Sahasrara*.
- Sexto chacra, Plexo Frontal, Chacra do Terceiro Olho ou *Ajna*.
- Quinto chacra, Plexo Laríngeo, Chacra da Garganta ou *Vishudda*.
- Quarto chacra, Plexo Cardíaco, Chacra do Coração ou *Anahata*.
- Terceiro chacra, Plexo Solar, Chacra do Poder ou *Manipura*.
- Segundo chacra, Plexo Sexual, Chacra Sexual ou *Svadhithana*.
- Primeiro chacra, Plexo Básico, Chacra da Raiz ou *Muladhara* (Ramos & Ramos, 2005).

C – Os meridianos

São canais que transportam a força vital pelo corpo. Os meridianos principais contactam com todos os órgãos principais, longitudinalmente. Os mais pequenos (*nadis*) cruzam-se em todo o corpo. Estes trajetos fazem com que a energia vital circule em todo o corpo.

É nestas linhas que se situam os vários pontos utilizados na acupunctura e são estas linhas que ligam todas as partes do corpo às áreas dos pés, utilizadas na reflexologia (Quest, 2012).

Sharamon e Baginski (1991) referem que os meridianos (Japão e China) são equivalentes aos *nadis* (Índia e Tibete).

Técnica de tratamento

O tratamento com Reiki é realizado estando a pessoa confortavelmente deitada e vestida. O primeiro decúbito, habitualmente adotado é o dorsal e depois o ventral, embora não sejam posições obrigatórias. O tratamento pode ser realizado em decúbito lateral ou mesmo sentado numa cadeira, caso haja impedimentos para os decúbitos inicialmente referidos. O praticante de Reiki vai colocando as mãos em partes específicas do corpo, da pessoa, que mantém durante cerca de três a cinco minutos. Frequentemente são usadas 12 posições das mãos, podendo, o tratamento, demorar uma hora ou mais. Em decúbito dorsal as posições mais comuns são: região occipital, olhos, pavilhões auriculares, pescoço, peito, zona acima do umbigo, zona abaixo do umbigo e zona das virilhas. Em decúbito ventral as zonas mais comuns são: os ombros, região dorsal, cintura pélvica e região nadegueira.

Após o tratamento, algumas pessoas referem sentir ou ter sentido calor ou formigueiros em diferentes zonas do corpo. Várias pessoas adormecem, outras riem, algumas, ainda, choram.

O Reiki está indicado em todas as idades e pode-se receber tratamentos de Reiki durante a gravidez.

Por vezes pode acontecer, algumas pessoas apresentarem sintomas físicos semelhantes a um estado gripal, após o tratamento (Quest, 2012; Ramos & Ramos, 2005; Stein, 2004; Lübeck, 1998).

Formação em Reiki

Os níveis de formação são habitualmente três, embora possa haver alguns Mestres que dividam em mais partes. Qualquer pessoa pode aprender este método terapêutico holístico pela sua simplicidade e facilidade de execução, independentemente da idade, género, religião ou outros fatores. Não existe intervalo mínimo nem máximo para passar de um nível para o seguinte, nem existe obrigatoriedade de realizar todos os níveis de Reiki (Quest, 2012; Ramos & Ramos, 2005). No entanto, depois de cada iniciação é essencial realizar auto-Reiki diariamente e dar e receber Reiki sempre que for possível para adquirir a prática necessária para o nível seguinte (Marques, 1999 citado por Ferreira et al, 2007).

Cada nível de Reiki ocorre numa frequência vibratória superior à do nível anterior o que poderá levar a várias mudanças na vida das pessoas. Poderão ocorrer alterações na

capacidade intuitiva, no sentimento de unidade com tudo o que os rodeia, entre outras, mais ou menos evidentes.

Atualmente encontramos duas linhas orientadoras para formação em Reiki que são:

- Nível 1, Nível 2, Nível 3: segue as orientações da Mestre Takata e todos os sistemas derivados do Reiki Essencial.

- Nível 1 (Shoden), Nível 2 (Okuden), Nível 3A (Shinpiden), Nível 3B (Gokukaiden): segue as estruturas do Mestre Usui e Hayashi, consideradas Reiki Tradicional e Jikiden Reiki (APR, 2012).

A – Nível 1

Para se tornar um canal de Reiki é necessário participar numa cerimónia, a que, habitualmente se dá o nome de sintonização ou iniciação e que é orientada por um Mestre de Reiki. Esta capacitação espiritual faz com que a pessoa se torne num canal de energia Reiki, ou seja, sintoniza a pessoa para as frequências vibratórias específicas do Reiki.

Este processo cria (ou reativa) um canal espiritual permanente por onde o Reiki pode fluir para dentro do chakra da Coroa, passar pelos chakras do Terceiro Olho, da Garganta e do Coração, braços, antebraços, centro das palmas das mãos e depois para fora do corpo (Quest, 2012).

Neste nível, antes da sintonização, há uma introdução teórica onde é abordada a história de Mikao Usui e do Reiki, o que é o Reiki, os cinco princípios, o auto-tratamento entre outros temas que cada Mestre decidirá incluir.

O ênfase principal do Nível 1 recai sobre o auto-tratamento e depois da formação é aconselhada a sua realização durante um período de 21 dias seguidos (Ramos & Ramos, 2005; Stein, 2004).

B – Nível 2

O Nível 2 tem uma componente forte sobre crescimento e auto-cura contínuos. É uma ferramenta eficaz para o desenvolvimento interior e espiritual, bem como um passo importante para tornar o Reiki numa parte fundamental e imprescindível da vida diária. É o nível de formação recomendado a quem queira desenvolver o Reiki como atividade profissional, pois acrescenta ao nível anterior uma ampla gama de técnicas.

Este Nível de Reiki inclui uma sintonização energética, a aprendizagem dos respetivos símbolos sagrados e seus mantras (nomes sagrados) bem como técnicas de uso

dos símbolos. É neste nível que se aprende a realizar um tratamento ou enviar energia Reiki à distancia com a mesma eficácia que a sua forma presencial.

Depois da formação é requerido novamente um período de 21 dias seguidos de auto-tratamento. Não é aconselhável realizar tratamentos a outras pessoas antes do final deste período de tempo (Quest, 2012; Ramos & Ramos, 2005; Stein, 2004).

C – Nível 3

O último nível atribui o Mestrado em Reiki. Ser Mestre de reiki é uma decisão para a vida, pois é “viver” e “ser” o reiki e não apenas um emprego ou mais uma formação. Oferece ao praticante mais ferramentas para a prática do Reiki e permite o ensino dos dois níveis anteriores (Quest, 2012; Stein, 2004).

Enfermagem de Reabilitação e Reiki

De acordo com Hesbeen (2001) citado por Ferreira et al (2007), a Enfermagem, dada a sua abrangência, falta de nitidez nos seus contornos, entre outras características é bastante difícil de descrever se o pretendermos fazer de forma exaustiva, pois nem sempre é fácil de precisar.

Dentro da equipa multidisciplinar, cabe ao enfermeiro de Reabilitação o papel de estimular capacidades ou recuperar habilidades perdidas. Desta forma, cuidar em Reabilitação traduz-se no agir para que o tempo a mais de vida seja também um tempo rico em vida, que não se limite apenas a uma espera (Hesbeen, 2003).

De acordo com o constante no artigo 3º da Lei nº 9/89, a Reabilitação corresponde a “um processo global e contínuo destinado a corrigir a deficiência e a conservar, a desenvolver ou a restabelecer as aptidões e capacidades da pessoa para o exercício de uma atividade considerada normal”. Interiorizar esta filosofia significa entender a Enfermagem de Reabilitação como algo que é muito mais que a aplicação de técnicas. É entendê-la como um incentivo à capacitação do doente para o auto cuidado nas atividades da vida diária, de forma a gerir os obstáculos passíveis de provocarem dependência. A sua missão é facultar mais qualidade à vida, permitindo a sua preparação quer para uma melhor reeducação funcional, quer para a sua reinserção socioprofissional.

O desenvolvimento científico e tecnológico que tem vindo a acontecer também na área da saúde acarreta alguns riscos nomeadamente quando vê cada vez mais o ser humano como um conjunto de especialidades cada uma trabalhando isoladamente. Porém a Enfermagem cuida a pessoa de uma forma holística, ou seja, na sua totalidade.

Da mesma forma, Ferreira et al (2007) referem que o Reiki e outras TNC similares parecem privilegiar uma abordagem mais individualizada para cada indivíduo ao contrário dos tratamentos convencionados pelo modelo de medicina vigente onde estes se adequam mais às doenças que às pessoas. Também nas TNC cada pessoa é incentivada a assumir a responsabilidade pela sua saúde e bem-estar, ao contrário do modelo convencional, ainda algo paternalista.

A satisfação com o tempo que os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, passam com os utentes é uma das razões apontadas para a procura de alternativas à medicina convencional, como se pode verificar num estudo de opinião realizado pela Deco Proteste em 2007, citado por Sousa (2012), onde os inquiridos atribuem a pontuação de oito ao terapeuta alternativo e seis ao médico de família (numa escala de zero a 10).

Mas, de acordo com Ferreira et al (2007) a OMS recomenda a integração das práticas tradicionais de cura nas práticas atuais desde 1978, bem como a promoção do respeito, reconhecimento e cooperação entre os profissionais destas diferentes áreas, pois os processos adaptativos diferem de pessoa para pessoa mesmo em situações semelhantes, uma vez que a conceção de bem-estar é influenciada por diversos padrões, que são individuais, levando cada indivíduo a fazer diferentes opções terapêuticas.

Os enfermeiros têm desenvolvido um interesse particular por diferentes formas de procurar a qualidade de vida dos doentes, promovendo a sua independência funcional, que se pode traduzir pelo retomar da vida que desempenhavam antes do processo patológico em causa.

Já Martha Rogers (1914-1994) e Jean Watson (1940), teóricas de Enfermagem e também Hélène Lazure integraram as terapias energéticas nas suas teorias.

Martha Rogers num dos pressupostos subjacentes da sua teoria refere que o ambiente e o indivíduo são sistemas abertos e que trocam matéria e energia entre si continuamente e que alterações num deles leva a alterações no outro (Rogers, 1990, citada por Fernandes & Nagay, 2002), sendo “o toque uma forma efetiva de terapia ao permitir trocas de energia entre os seres humanos e o ambiente” (Cavalheiro, 2003, p. 81).

Ainda de acordo com a mesma autora, Hélène Lazure referiu que o desenvolvimento da Relação de Ajuda “pode ser ampliado quando se recorre a técnicas como o Reiki” (p. 82). Continua dizendo que o Reiki aumenta a sensibilidade para receber as informações que o doente expressa de forma não-verbal, a capacidade de escuta, a empatia e o bom senso. Refere-se, ainda, a esta terapia como uma ferramenta de autoajuda para os enfermeiros.

Num contexto mais atual, a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2005) citada por Natale (2010) introduziu o diagnóstico “Distúrbio do Campo Energético” (Fernandes & Nagay, 2002), que pode designar alteração no fluxo de energia da pessoa podendo vir a ter implicações no corpo, mente e/ou espírito. Este diagnóstico, embora ainda potencialmente controverso, representa uma abertura para avaliação subjetiva e para a introdução das terapias energéticas nos cuidados de Enfermagem.

Estes conhecimentos encaminham-nos para o conceito de *holístico* que, segundo Sousa (1998) citado por Ferreira et al (2007), consiste no cuidar a pessoa como um Todo, pois possui corpo, mente e espírito conectados de forma ainda difícil de descrever e, mantendo sempre uma interligação com o seu meio ambiente.

No cenário português, a Ordem Enfermeiros (OE) já emitiu alguns pareceres, para os seus membros, relacionados com as TNC, bem como elaborou Parecer sobre regulação das profissões que as utilizam, após análise dos documentos propostos pela Direcção-Geral de Saúde para consulta pública em 2008 que culminou na atual lei, já aqui referida.

O Guia Orientador de Boa Prática sobre a Dor (OE, 2008) faz referência ao Toque Terapêutico como intervenção de suporte emocional, na vertente do tratamento não farmacológico.

Em 2009 o Conselho Jurisdicional emitiu um Parecer sobre *a incompatibilidade entre o exercício da profissão de enfermeiro e a prática da terapia de Reiki*, no seguimento de uma questão levantada por um membro da OE. Este Parecer conclui que, nos termos da lei vigente, não foi encontrada incompatibilidade legal entre o exercício simultâneo da profissão de Enfermagem e da terapia Reiki, no entanto, em termos éticos, o seu exercício cumulativo “é censurável e deverá ser desaprovado” (OE, 2009, p. 2). Acrescenta porém, que não se trata de exercício incompatível de profissões, se o enfermeiro detiver competências nesta área, se incluir as técnicas nos cuidados de Enfermagem que presta e se se apresentar como enfermeiro.

Também o Conselho de Enfermagem (CE) (OE, 2011) refere num Parecer que algumas terapias alternativas poderão ser integradas na prática clínica de Enfermagem pois podem promover o bem-estar físico, psicológico e espiritual do doente, orientando para as que se encontram mencionadas no eixo recursos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Neste Parecer, o CE, parafraseando o documento dos *Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*, acrescenta que “na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem paralelamente, a aprendizagem sobre a forma como aumentar o repertório dos recursos pessoais e lidar com os desafios de saúde” (p. 3).

Nas conclusões deste parecer, prossegue o CE, dizendo que, os enfermeiros “podem utilizar recursos que complementem e enriqueçam a sua ação e sejam benéficos para o cliente, conquanto se inscrevam num plano de intervenção de Enfermagem e sejam consentidos” (p. 2). Pois, de acordo com o artº nono do Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro, em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, podem, de acordo com as suas qualificações profissionais, decidir “sobre técnicas e meios a utilizar na prestação dos cuidados de enfermagem potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade” (p. 2961).

No Eixo Recursos da CIPE (versão 2011) podemos encontrar, entre várias outras, as seguintes terapias: aromaterapia, arteterapia, biblioterapia, ludoterapia, musicoterapia, técnica calmante, técnica de biofeedback, técnica de imaginação guiada, técnica de relaxamento, terapia de relaxamento simples, terapia assistida por animais. Encontrámos também a Terapia Tradicional, que apresenta como descrição:

Prática de cuidados de saúde de raízes culturais, baseada na tradição, religião, ancestral e/ou direção espiritual; diversas crenças sobre as causas de doença; utilizando vários métodos de avaliação e tratamento indígenas, com abordagem natural, espiritual, psíquica ou metafísica, podendo ser de natureza curativa, preventiva, de proteção ou de reabilitação (OE, 2014, p. 95).

De acordo com o Regulamento n.º 125/2011 as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação são as seguintes:

- a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (p. 8658).

Os enfermeiros de Reabilitação *Cuidam*, *Capacitam* e *Maximizam* as capacidades das pessoas e dos cuidados de Enfermagem em geral e, também, os de Enfermagem de Reabilitação, tendo por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde de cada pessoa. No processo de seleção das intervenções de Enfermagem, reconhece-se que a execução de cuidados baseados em evidências empíricas representa uma base valiosa para o processo de melhoria contínua da qualidade na profissão (OE, 2001). Saber procurar,

mobilizar e integrar os conhecimentos de forma a adequá-los a cada indivíduo e a cada contexto, revela maturidade e desenvolvimento, características necessárias ao desempenho dos enfermeiros.

Nesta linha de orientação, Natale (2010), citando Cushman & Hoffman (2004), refere que os enfermeiros ocupam o lugar certo para liderarem o processo de integração das terapias energéticas no modelo biomédico existente, bem como para conduzir processos de investigação que validem estas terapias. Corroborando estes autores, Natherson (2012) refere que os enfermeiros desempenham um papel primordial na organização dos cuidados num vasto leque de serviços. Este papel é ainda de maior destaque quando se trata de enfermeiros de Reabilitação, pois estes coordenam informação dos vários elementos da equipa multidisciplinar e habitualmente são também o elo de ligação e/ou o elemento de referencia para os familiares.

É uma referência concordante com o que se verifica na literatura atual onde os estudos incidentes sobre o Reiki são já uma realidade, tendo alguns deles enfermeiros, tanto da docência como da prática, ou como autores ou como participantes. Entre eles, alguns dos estudos encontrados na nossa pesquisa e que agrupámos em diferentes vertentes:

- Direcionados para a doença oncológica: Catlin & Taylor-Ford (2011); Demir, Can & Celek (2013).
- Efeitos sobre a doença de Alzheimer: Crawford, Leaver & Mahoney (2006).
- Relacionados com a dor: Pocotte & Salvador (2008).
- Relacionados com a dor associada a outras variáveis: Dressen & Singg (1998); Richeson et al (2010).
- Relacionados com a perspetiva dos enfermeiros ou efeitos sobre eles: Ferreira (2007); Salomé (2009); Vitale (2009); Natale (2010); Diaz-Rodriguez et al (2011).
- Relacionados com a transformação pessoal: Miwa (2014).
- Relacionados com a vertente económica: Bos et al (2003).
- Relacionados com os benefícios percebidos pelos doentes: Muela, Lozano & Vicario, (2010); Cardoso (2013).
- Revisões Sistemáticas: Vitale (2007); Vandervaart et al (2009); Coakley & Barron (2012); Sousa, Severino & Marques-Vieira (2012); Thrane & Cohen (2013).
- Sobre a situação portuguesa face ao uso de TNC: Carvalho, Lopes & Gouveia (2012).

- Relacionados com o conhecimento, uso, atitudes ou representações sociais acerca do reiki e/ou outras TNC: Trovo et al (2003); Brown et al (2007); Xue et al (2008); Zanini et al (2008); Kilic et al (2009); Pereira (2009); Chang et al (2011); Alves (2012); Bjerså, Victorin & Olsén (2012); Buchan et al (2012); Machado (2012); Policarpo (2012); Hassan et al (2014).

- Relacionados com a integração no CLE: Fernández-Cervilla et al (2013); Silva et al (2013).

Enquanto alguns autores encontram uma relação mais ou menos forte, outros percebem que nem todos os efeitos poderão ser medidos desta forma. Potter (2003) citado por Sousa (2012, p 6) refere que as “evidencias acerca da eficácia do Reiki são anedóticas e a investigação clinica é ainda muito reduzida”. Por esta razão, a maioria dos autores recomenda mais estudos, direcionados para áreas específicas e elaborados com maior rigor de modo a poder estabelecer-se uma relação causa-efeito fidedigna.

No nosso país, o estudo mais divulgado foi o desenvolvido por Alarcão (2011) onde durante dois anos foram acompanhados utentes da unidade de hemato-oncologia do Hospital de S. João que recebiam a terapia Reiki e um outro grupo, o de controlo. A autora verificou que existia um aumento da qualidade de vida, um maior bem-estar, redução da ansiedade e menores efeitos colaterais da quimioterapia entre os doentes que receberam esta terapia (Cardoso, 2013).

A literatura consultada permitiu-nos realizar o paralelismo entre a Enfermagem de Reabilitação com a terapia Reiki uma vez que podemos encontrar algumas analogias que sintetizamos no quadro 1.

Quadro 1: Paralelismo entre a Enfermagem de Reabilitação e a terapia Reiki

	Enfermagem Reabilitação	Terapia Reiki
Âmbito	A pessoa no seu contexto familiar e sociedade, em todas as fases do ciclo de vida.	A pessoa como ser integral
Visão da pessoa	Visão holística	Visão holística
Efeitos/Benefícios	<ul style="list-style-type: none"> . Controlo da dor; . Relaxamento; . Diminui tempo de recuperação após cirurgia ortopédica; . Potencia o desenvolvimento pessoal; . Efeitos percebidos pelas pessoas; . Promoção da qualidade de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> . Controlo da dor; . Relaxamento; . Diminui tempo de recuperação após uma intervenção cirúrgica ou doença; . Promove o desenvolvimento pessoal; . Efeitos nas pessoas com doença neurológica; . Efeitos percebidos pelas pessoas; . Promoção da qualidade de vida.
Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> . Toque; . Aplicação tópica de calor e/ou frio; . Reabilitação cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> . Toque (que pode provocar nas pessoas sensação de calor, ou frio).
Expressão de emoções e confiança	A proximidade inerente à frequência dos tratamentos permite o desenvolvimento de uma relação de empatia com as pessoas.	Algumas pessoas adormecem, outras riem outras choram.
Perspetiva económica	Traz ganhos em saúde.	Traz ganhos em saúde.
Duração de cada sessão	Até 50 minutos, dependendo de vários fatores.	Sensivelmente uma hora.
Confirmação científica	Incorpora resultados da investigação; Necessidade constante de estudos científicos atualizados.	A sua progressiva aceitação passa pela comprovação através de mais estudos científicos e mais rigorosos.

Miwa (2014); Cunha et al (2013); Sousa, Severino & Marques-Vieira (2012); OE (2011a); APR (2010); Burke (2010); Muela, Lozano & Vicario, (2010); Pocotte & Salvador (2008); Vitale (2007); LaTorre (2005); Bos (2003).

Como podemos ver, a conjugação da Enfermagem de Reabilitação com a terapia Reiki, ou com outras TNC, conduz-nos ao conceito de *Enfermagem integrativa*, que se tem vindo a desenvolver no panorama da saúde internacional atual. Trata-se de um conceito que poderá ainda levar algum tempo a ser aceite pelo modelo biomédico vigente pois, como nos diz Natale (2010) citando um estudo realizado por Whelan & Wishnia em 2003, 37,5% dos enfermeiros que aplicam a terapia Reiki integrada nos cuidados que prestam, sentiram uma diminuição da sua credibilidade face aos restantes colegas e médicos. Porém nesse mesmo estudo, 75% dos enfermeiros sentiu ter ajudado de alguma forma os seus pacientes, reportando, a mesma percentagem, satisfação com os benefícios que também recebeu durante a realização da terapia.

O estudo sobre os **conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki** nasceu de um interesse pessoal sobre a terapia e sobre a forma de a introduzir nas práticas de Enfermagem.

A conceção desta pesquisa levou-nos a refletir sobre a relevância da intervenção da Enfermagem de Reabilitação nos cuidados prestados às pessoas e sobre as respostas que temos para oferecer a uma população cada vez mais esclarecida, interessada e participativa no seu projeto de saúde. Com esta pesquisa dar-se-á um dos vários passos necessários ao início da discussão acerca do uso do Reiki na Enfermagem em geral e na Reabilitação em particular, bem como da sua disponibilização alargada no SNS para que este possa abranger, também, uma camada crescente de cidadãos mais pró-ativos em relação à sua saúde.

Atendendo a que, segundo Fortin (2009), as inquietações que sentimos evoluem naturalmente para questões mais precisas, elaborámos uma questão geral de investigação:

- Qual o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o Reiki e em que medida as características sociodemográficas, profissionais e de contexto determinam esse conhecimento?

A metodologia prevista é essencialmente quantitativa, procurando descrever os participantes no estudo e estabelecer relações entre as diferentes variáveis incluídas, através da formulação de hipóteses, verificadas pelo recurso a testes estatísticos apropriados.

Assim elaborámos este estudo que se encontra organizado em cinco capítulos. O primeiro capítulo inclui uma introdução que engloba o enquadramento teórico de suporte ao tema; o segundo procede a uma descrição dos materiais e métodos selecionados; o terceiro diz respeito à apresentação dos resultados; o quarto incide sobre a discussão dos resultados e confronto com outros realizados por outros autores; por fim o último, espelha as principais conclusões retiradas nesta investigação, seguindo-se as referências bibliográficas e respetivos anexos.

2 – MÉTODOS

A metodologia é a estrutura que vai determinar o desenrolar da investigação. Autores como Fortin (2009) citada por Almeida (2013, p. 33) sublinham a sua importância referindo-se à metodologia como “a espinha dorsal sobre a qual virão a enxertar-se os resultados da investigação”. Nesta perspetiva, este capítulo visa essencialmente descrever as diferentes etapas e procedimentos implementados, com vista a desenvolver a investigação empírica.

Desenho de investigação

É um estudo transversal, descritivo e correlacional, de cariz quantitativo.

Objetivos do estudo

Esta investigação tem por objetivo geral avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki e determinar relação entre estes conhecimentos e os fatores sociodemográficos, profissionais e contextuais.

Como objetivos específicos delineamos os seguintes:

- Identificar o perfil sociodemográfico dos participantes no estudo.
- Proceder a uma caracterização profissional e de contexto dos participantes no estudo.
- Avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre o Reiki.
- Analisar relação entre fatores sociodemográficos, profissionais e contextuais e o conhecimento dos enfermeiros sobre o Reiki.

Participantes no estudo

Entende-se por população um grupo mais ou menos alargado de indivíduos detentores de características comuns e definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 2009).

Neste estudo foram convidados a participar 150 enfermeiros a exercer funções em instituições prestadoras de cuidados de saúde situadas na zona centro do país, mais precisamente dos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda e Viseu.

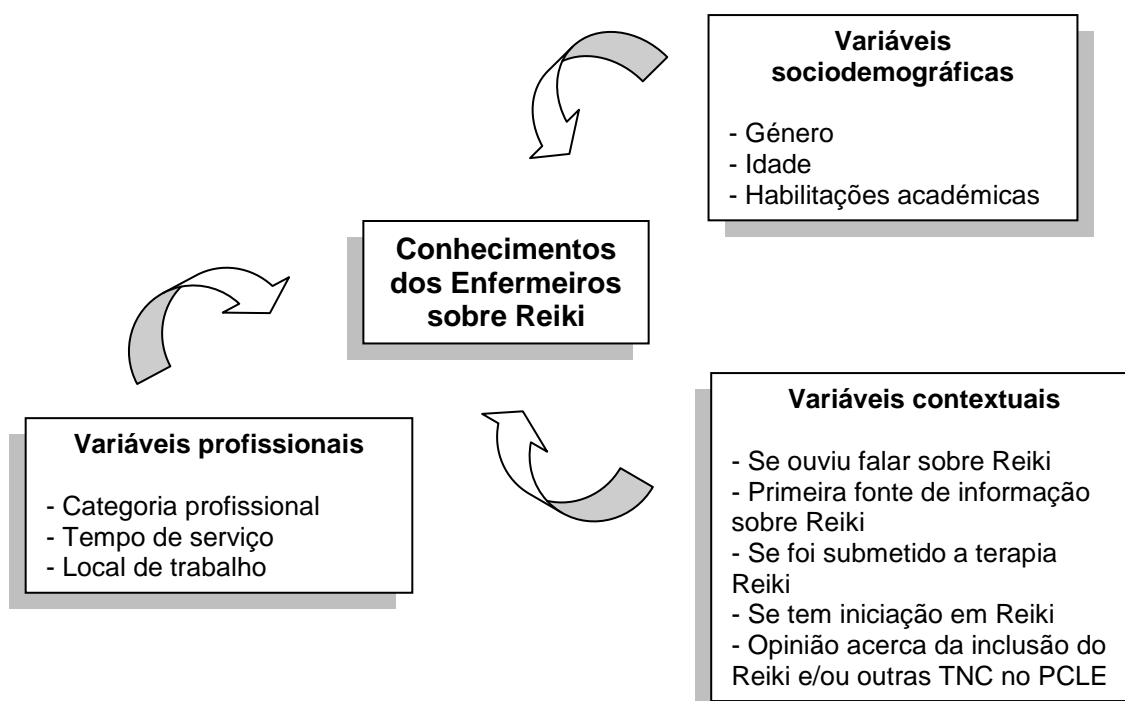
A amostra é do tipo não probabilístico por conveniência e é constituída por 49 enfermeiros estando 73,5% a exercer funções em unidades de Cuidados Diferenciados (CD) e 26,5% unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Variáveis

A articulação das variáveis permite uma visão multidimensional do estudo, da qual emerge o esquema conceptual que seguidamente apresentamos e sobre o qual a nossa investigação se alicerça.

A representação gráfica de modelo permite-nos observar os vários domínios que poderão influenciar o conhecimento dos enfermeiros sobre Reiki e fornece uma visão global dos fatores que considerámos determinantes nesta investigação.

Figura 2: Modelo conceptual da relação entre variáveis.



A) Variável dependente:

- Conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki.

B) Variáveis independentes

- Variáveis sociodemográficas: género, idade e habilitações académicas.
- Variáveis profissionais: categoria profissional, tempo de serviço e local de trabalho.
- Variáveis contextuais: se ouviu falar sobre Reiki, qual foi a primeira fonte de informação, se foi submetido a terapia Reiki pelo menos uma vez, se tem iniciação em Reiki, se considera importante a inclusão do Reiki e/ou outras TNC no Plano do CLE.

Hipóteses de investigação

As hipóteses são enunciados declarativos da relação pressuposta entre uma ou mais variáveis e apresentam-se como a estrutura fundamental para o aumento do conhecimento. São elas que permitem apoiar ou não uma teoria e a partir delas se expande o conhecimento. São fontes de elaboração de hipóteses, a observação de fenómenos na realidade, teorias ou trabalhos empíricos. (Fortin, 2009).

De acordo com o assunto em estudo, e tendo em consideração os objetivos descritos e o modelo de relação de variáveis, elaborámos as seguintes hipóteses que pretendemos testar:

- **H₁** As variáveis sociodemográficas influenciam o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki.
- **H₂** As variáveis profissionais interferem no nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki.
- **H₃** As variáveis contextuais influenciam o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki.

Instrumento de recolha de dados

Ao efetuar a recolha de dados o investigador deve selecionar o instrumento de medida mais adequado ao objetivo do estudo, maximizando as suas vantagens. O método deverá ser adaptado ao problema, às hipóteses, ao cenário e à população em estudo. Assim, o método a selecionar é determinado pela natureza do problema de investigação, pelas variáveis e pelas estratégias de análise estatística utilizadas (Fortin, 2009).

Em suma, o instrumento de recolha de dados que selecionámos foi um questionário que foi elaborado por nós especificamente para este estudo uma vez que não foram encontradas escalas validadas para a temática a estudar.

Atendendo ao facto da amostra ser de pequena dimensão e por questões de segurança e fiabilidade, sempre que as frequências das respostas se apresentaram demasiado baixas foram efetuados os agrupamentos necessários (recodificação de variáveis) para obter frequências consideradas aceitáveis.

Assim o questionário encontra-se dividido em quatro partes (anexo 1).

Parte 1 – Caracterização Sociodemográfica

A primeira parte é composta por três questões, através das quais recolhemos informações acerca do género, idade e habilitações académicas.

A questão número um é de resposta fechada, a número dois é de resposta aberta e a número três é de resposta mista.

A variável **idade** foi recodificada e ficou estruturada em três categorias, sendo elas:

- ≤ 35 anos;
- [36-43] anos;
- ≥ 44 anos.

A variável **habilitações académicas** manteve as três categorias uma vez que ninguém respondeu na questão aberta relativa a outras habilitações não especificadas na questão. Nesta variável foi considerada Pós-Licenciatura, qualquer curso de especialização e de pós graduação em enfermagem.

Parte 2 – Caracterização Profissional

A segunda parte é composta por três questões, através das quais recolhemos informações acerca do tempo de serviço, categoria profissional e local de trabalho.

As questões números quatro e cinco são de resposta aberta e a questão número seis é de resposta mista.

Relativamente à **categoria profissional**, foi pedido aos enfermeiros, que respondessem de acordo com o Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de novembro, embora já revogado pelo Decreto-Lei nº 248/2009 de 22 de setembro. Assim, a variável foi recodificada em:

- Enfermeiro;
- Enfermeiro Graduado;

- Enfermeiro Especialista.

O **tempo de serviço** foi recodificado em três categorias:

- ≤ 14 anos;

- [15-20] anos;

- ≥ 21 anos.

Parte 3 – Caracterização Contextual

A terceira parte é composta por cinco questões, mais direcionadas ao tipo de contacto que os participantes tiveram com o Reiki. Para tal incluímos questões sobre, se já ouviu falar sobre Reiki; qual foi a primeira fonte de informação acerca de Reiki; se já foi submetido a tratamento com terapia de Reiki, pelo menos uma vez; se fez iniciação em Reiki, se sim que nível possui e em que variante. A opinião da amostra acerca da inclusão do Reiki e/ou outras terapias complementares no Plano Curricular da Licenciatura em Enfermagem (PCLE), pareceu-nos, também, pertinente.

As questões números sete e nove são de resposta fechada e as questões números oito, 10 e 11 são de resposta mista.

A variável **Primeira fonte de informação acerca de Reiki** foi recodificada, ficando, na sua versão final:

- Amigos;

- Ações de Formação;

- Televisão;

- *Internet*, Revistas, Jornais, Livros, e outros.

Parte 4: Conhecimentos sobre Reiki

A quarta parte é constituída por 44 afirmações dicotómicas (Verdadeiro/Falso) que pretendem avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki. Aos participantes no estudo foi solicitado que assinalassem com um **X** a opção que considerassem correta, de acordo com os seus conhecimentos sobre Reiki. Os itens foram divididos em quatro dimensões baseadas na revisão bibliográfica realizada, sendo elas:

- Conceito e História (11 itens);

- Prática do Reiki (11 itens);
- Formação em Reiki (11 itens);
- Reiki no Contexto Profissional (11 itens).

Para evitar tendências de resposta, os itens número cinco, seis, 12, 18, 30, 37 e 41 do questionário foram elaborados na negativa.

Cada um dos itens do questionário tem atribuída a pontuação de zero, se a resposta for incorreta e um, se a resposta for correta. Desta forma, o score total varia entre zero e 44 pontos, correspondendo o valor zero a conhecimentos nulos e o valor 44 ao máximo de conhecimentos avaliados pelo questionário proposto.

Com o intuito de tornar a caracterização da amostra mais detalhada, designámos níveis de conhecimento a partir da pontuação total obtida através da escala, de acordo com o esquema seguinte:

- Baixos conhecimentos – em que os indivíduos apresentam um *score* total \leq à média (\bar{x}) – 0,25 do desvio padrão (Dp).

- Moderados conhecimentos – em que os indivíduos apresentam um *score* total $>$ à média (\bar{x}) – 0,25 do desvio padrão (Dp) e $<$ à média (\bar{x}) + 0,25 do desvio padrão (Dp).

- Altos conhecimentos – em que os indivíduos apresentam um *score* total \geq à média (\bar{x}) + 0,25 do desvio padrão (Dp).

Pré-teste

Para Fortin (2009), a importância do pré-teste reside no facto de os investigadores o aplicarem a uma pequena amostra da população em estudo para verificar se as questões foram bem compreendidas por parte dos participantes, se estão livres de equívocos ou ambiguidades e se realmente permitem colher a informação desejada.

Foi realizado o pré-teste, ao que se seguiram alterações nas questões quatro e 10, não tendo sido apresentadas outras dúvidas. Entretanto, o questionário também foi revisto por peritos nas áreas que abrange de forma a diminuir a possibilidade de incorreções. Foi revisto pela orientadora do trabalho, a Professora Doutora Rosa Martins e pelo Mestre de Reiki, Vitor Rodrigues da Associação Surya de Reiki e Terapias Alternativas.

Procedimentos

Na realização de qualquer pesquisa, é fundamental desenvolver um conjunto estruturado de ações, no sentido de alcançar os objetivos inicialmente propostos para o estudo. Assim, todos os procedimentos devem ser efetuados segundo uma rigorosa conduta ética respeitando os direitos dos participantes à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e contra o prejuízo e a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2009).

De acordo com a Recomendação nº3 da Comissão de Ética (ESSV, 2014), os instrumentos de recolha de dados por autopreenchimento e entrega voluntária de cariz anónimo, não necessitam de documento escrito de consentimento informado. Desta forma, foram feitos todos os esclarecimentos solicitados, relativos ao estudo.

O questionário foi distribuído por contacto pessoal e também recorrendo à via informática para o endereço de correio eletrónico, tendo para isso recorrido à plataforma da Google[®]. Foi colocada a limitação de uma resposta por cada endereço de correio eletrónico.

Ambas as formas de acesso à amostra garantem e respeitam os princípios éticos necessários a uma pesquisa, entendendo-se, neste caso, como consentimento informado o reenvio do questionário respondido.

Procedimentos estatísticos

Vários autores consideram que a análise estatística permite estruturar a informação recolhida, sendo que os testes estatísticos proporcionam um contributo fundamental para a interpretação dos resultados (Fortin, 2009).

A fase do tratamento estatístico decorre desde a colheita dos dados, prolongando-se até à análise e interpretação dos resultados.

O estudo da associação entre variáveis, bem como a descrição das características da amostra em função destas, pressupõe a utilização de diferentes procedimentos estatísticos, selecionados de acordo com a natureza das mesmas.

A apresentação e análise dos resultados será dividida em duas partes em que na primeira procederemos a uma análise de tipo descritivo, no sentido de apresentar e descrever os dados obtidos. Na segunda será feita uma análise de tipo inferencial, testando a existência de associações entre as diferentes variáveis podendo ou não ser confirmadas as hipóteses previamente enunciadas.

No sentido de resumir a informação numérica de uma maneira estruturada e permitindo obter uma imagem geral das variáveis consideradas, serão utilizados os seguintes indicadores estatísticos:

- Frequências: absolutas (N) e percentuais (%).
- Medidas de tendência central: Média (\bar{x}).
- Medidas de dispersão ou variabilidade: Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de Variação (CV).

Para o Coeficiente de Variação selecionámos os seguintes graus de dispersão (Pestana & Gageiro (2008):

- $\leq 15\%$ - dispersão fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$ - dispersão média;
- $> 30\%$ - dispersão elevada.

- Medidas de assimetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis).

A medida de assimetria, Skewness (SK) obtém-se através do cociente com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -2 e 2, a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a -2, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a +2, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (Pestana & Gageiro, 2008).

Para as medidas de achatamento ou Kurtosis (K) o resultado também se obtém através do cociente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre -2 e 2 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a -2, a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a +2, a distribuição é leptocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminorv, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Antes de se efetuar propriamente a análise estatística procedeu-se ao exame prévio dos dados de forma a constatar a existência de desvios em relação à normalidade nas distribuições das variáveis em estudo, passando seguidamente à aplicação dos testes que permitirão ajuizar da validade das hipóteses.

Segundo o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (KS) que foi aplicado a todas as variáveis de natureza quantitativa (um valor $< 0,05$ comprova a normalidade da amostra).

No tratamento estatístico quantitativo recorremos ao Teste da Percentagem Residual que mostra as diferenças percentuais dentro de cada grupo. Pestana & Gageiro (2008, p.129), referem que o uso dos valores residuais torna-se mais eficaz que o teste do qui quadrado na medida em que “(...) os resíduos ajustados estandardizados são «específicos», visto indicarem as células com comportamentos diferentes do habitual, do esperado, da média.” Para a interpretação dos resultados deste teste, de acordo com os mesmos autores (p.133), basta que haja um “(...) mínimo de oito elementos tanto no total da linha como no da coluna”.

Ainda com o objetivo de controlar o erro estatístico, principalmente o de rejeitar a hipótese nula quando esta é, de facto, verdadeira, seleccionámos os seguintes valores de significância:

- $p < 0,05$ – diferença estatística significativa;
- $p < 0,01$ – diferença estatística bastante significativa;
- $p < 0,001$ – diferença estatística altamente significativa;
- $p > 0,05$ – diferença estatística não significativa.

No nosso estudo recorremos a testes não paramétricos uma vez que a nossa amostra não apresenta uma distribuição normal.

Seleccionámos, então, de acordo com Pestana & Gageiro (2008), os seguintes testes:

- O **teste Kolmogorov-Smirnov (KS)** analisa “(...) o ajustamento ou aderência à normalidade da distribuição de uma variável de nível ordinal ou superior (...)” (p.442).
- O **teste de Mann-Whitney (UMW)** compara o centro de localização de duas amostras, com o fim de detetar diferenças entre as duas populações respetivas.
- O **teste de Kruskal-Wallis**, usado para testar a hipótese de igualdade no que se refere à localização, ou seja, a existência de um parâmetro comum de localização.
- O **teste do Qui-Quadrado (χ^2)** é usado no estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se em amostras onde a variável nominal tem duas ou mais categorias e compara as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis.

O tratamento dos dados resultantes das questões abertas foi feito através do recurso à técnica de análise de conteúdo.

Os dados foram tratados informaticamente com o recurso ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - versão 22.0 para Windows).

Apresentaremos os resultados recorrendo a tabelas, quadros e/ou gráficos, com análise individual onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo.

3 – RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se dar a conhecer os resultados obtidos, referentes ao tratamento de toda a informação recolhida através do questionário aplicado aos enfermeiros a exercer funções nos CD e nos CSP.

A apresentação dos resultados será feita, num primeiro momento através da análise descritiva com a qual se procuram estudar as variáveis que caracterizam o grupo estudado e a variável dependente e respetivas dimensões que serviram para a sua mensuração. Num segundo momento, através da análise inferencial onde se procurará estabelecer a relação entre as variáveis independentes selecionadas e a variável dependente.

ANÁLISE DESCRITIVA

Caracterização sociodemográfica e profissional

A nossa amostra é constituída por 49 enfermeiros dos quais 18 (36,7%) são do género masculino e 31 (63,3%) do feminino.

Idade e Local de trabalho: As estatísticas da idade, apresentadas na tabela 1, revelam que os enfermeiros apresentam uma idade mínima de 24 e uma máxima de 56 anos correspondendo uma média de 38,96 e um desvio padrão de 7,58 anos. Para o grupo a exercer funções nos CD, a idade mínima e máxima situa-se, respetivamente, nos 24 e 56 anos, enquanto no grupo dos CSP os valores oscilam entre os 26 e 48 anos. O CV para cada grupo bem como para a amostra total indica um grau de dispersão moderado.

A tabela mostra-nos, ainda, que a amostra é simétrica, mesocúrtica e que não tem uma distribuição normal relativamente à idade.

Tabela 1 - Estatística relativa à idade por local de trabalho

Idade Local de Trabalho	N	Min	Max	Média	Dp	CV	Sk	K	KS
Hospital	36	24	56	40,39	7,17	17,75	-0,204	0,053	0,200
CSP	13	26	48	35,00	7,53	21,51	0,335	-1,085	0,200
Total	49	24	56	38,96	7,58	19,456	-0,104	-0,493	0,200

Género: Pela análise da tabela 2, podemos verificar que tanto no grupo a exercer funções nos CD como no grupo a exercer nos CSP a maioria dos enfermeiros pertencem ao género feminino, com valores de 63,9% e 61,5%, respetivamente.

Os residuais não mostram alterações percentuais relevantes entre os grupos para nenhum dos géneros.

Grupos Etários: Dada a amplitude de variação encontrada que se situa nos 32 anos, e por forma a proceder-se a uma melhor clarificação dos resultados, efetuaram-se agrupamentos em classes etárias homogéneas, com amplitudes obtidas através das frequências observadas. Os resultados que se expressam na referida tabela revelam que a maior percentagem dos inquiridos (38,8%) apresenta uma idade situada entre os 36-43 anos, sendo os grupos menos representativos os que apresentam idades inferiores a 35 anos e superiores a 44 anos.

Os valores residuais mostram alterações percentuais relevantes entre os grupos para a categoria com idade inferior ou igual a 35 anos.

Habilitações Académicas: Pela análise da mesma tabela apurámos que 53,0% dos enfermeiros possui a Licenciatura, 32,7%, possui uma Pós-Licenciatura e que 14,3% está habilitado com Mestrado. Tanto para o grupo do Hospital (58,8%; 33,3%; 13,9%) como para o dos CSP (53,8%; 23,1%; 15,4%) a tendência percentual segue a mesma ordem.

Os residuais não mostram alterações percentuais relevantes entre os grupos para nenhuma das categorias onde é aplicável.

Categoria Profissional: Ao observar a referida tabela constatamos, ainda, que entre os inquiridos, a categoria profissional com maior representação, é a de Enfermeiro com 36,7%, seguida da de Enfermeiro Graduado com 32,7% e de Enfermeiro Especialista com 30,6%.

No entanto, no grupo que exerce funções nos CD, a categoria Enfermeiro Graduado é a mais representativa com 38,8%. Ainda neste grupo, a categoria de Enfermeiro e de Enfermeiro Especialista, representam cada uma 30,6% da amostra. Nos CSP verificamos uma inversão na representação dos Enfermeiros Graduados, sendo agora os menos

representados, apenas com 15,4%. Aqui, é a categoria de Enfermeiro a mais representada com 53,8%, seguida da de Enfermeiro Especialista com 30,8%.

Os residuais não mostram alterações percentuais relevantes entre os grupos para nenhuma categoria profissional.

Tempo de serviço: Tendo em consideração a amplitude de variação que se situa nos 34 anos, procedeu-se ao agrupamento do tempo de exercício em classes homogêneas constituídas com base nas frequências absolutas. Dos resultados apresentados pode observar-se, que os enfermeiros mais representativos se inserem no grupo que exerce funções há menos de 14 anos (36,7%), sendo de 61,5% nos CSP e de 27,8% nos CD.

Os residuais mostram alterações percentuais relevantes entre os grupos para a categoria com tempo de serviço inferior ou igual a 14 anos.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra

Local de trabalho Variáveis	CD		CSP		Total		Residuais	
	N (36)	% (100,0)	N (13)	% (100,0)	N (49)	% (100,0)	CD	CSP
Género								
Masculino	13	36,1	5	38,5	18	36,7	- 1,4	1,4
Feminino	23	63,9	8	61,5	31	63,3	1,4	- 1,4
Grupos etários								
≤ 35 anos	8	22,2	7	53,8	15	30,6	- 2,1	2,1
[36 – 43] anos	16	44,4	3	23,1	19	38,8	1,4	- 1,4
≥ 44 anos	12	33,3	3	23,1	15	30,6	0,7	- 0,7
Habilitações académicas								
Licenciatura	19	52,8	7	53,8	26	53,0	- 0,1	0,1
Pós-Licenciatura	12	33,3	4	30,8	16	32,7	0,2	- 0,2
Mestrado	5	13,9	2	15,4	7	14,3	NA	NA
Categoria Profissional								
Enfermeiro	11	30,6	7	53,8	18	36,7	- 1,5	1,5
Enfermeiro Graduado	14	38,8	2	15,4	16	32,7	1,5	- 1,5
Enfermeiro especialista	11	30,6	4	30,8	15	30,6	0,0	0,0
Tempo de serviço								
≤ 14 anos	10	27,8	8	61,5	18	36,7	- 2,2	2,2
[15 – 20] anos	12	33,3	2	15,4	14	28,6	1,2	- 1,2
≥ 21 anos	14	38,9	3	23,1	17	34,7	1,0	- 1,0

NA: Não Aplicável.

O quadro 2 dá-nos as respostas dos enfermeiros relativamente à Pós-Licenciatura obtida. Assim, podemos verificar que dos 16 enfermeiros possuidores de uma Especialidade, 56,25% são da área de Reabilitação, 18,75% da Médico-Cirúrgica, 18,75% são de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica e 6,25% não especificaram.

Quadro 2: Distribuição dos participantes por especialidade

Especialidade	N (16)	% (100,0)
Reabilitação	9	56,25
Médico-Cirúrgica	3	18,75
Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica	3	18,75
Não especificada	1	6,25

O quadro 3 mostra as áreas de Mestrado dos sete Enfermeiros detentores deste grau. Constatamos deste modo que temos na nossa amostra 28,58% dos enfermeiros com mestrado em Reabilitação, 28,58% em Cuidados Paliativos, 14,28% em Gestão de Unidades de Saúde, 14,28% em Saúde Ocupacional e 14,28% não especificam.

Quadro 3: Distribuição da amostra relativamente ao Mestrado

Mestrado	N (7)	% (100,0)
Reabilitação	2	28,58
Cuidados Paliativos	2	28,58
Gestão de Unidades de Saúde	1	14,28
Saúde Ocupacional	1	14,28
Não especificado	1	14,28

A tabela 3 mostra a estatística relativa à idade dos enfermeiros pelo local de trabalho. Constatamos que o tempo de exercício na profissão oscila entre os 2 e os 36 anos com uma média de 16,41 anos e um desvio padrão de 7,23, o que denota uma dispersão alta, comprovado aliás pelo coeficiente de variação que se situa nos 44,9%. No grupo dos CD, os valores mínimos e máximos são de 2 anos e 36 anos e no grupo dos CSP o tempo de serviço oscila entre os 4 anos e 27 anos com médias, respetivamente, de 17,72 anos e 12,77 anos.

A tabela mostra-nos, ainda, que a amostra é simétrica, mesocúrtica e que não tem uma distribuição normal relativamente ao tempo de serviço.

Tabela 3 - Estatística relativa ao tempo de serviço por local de trabalho

Tempo serviço Local de Trabalho	N	Min	Max	Média	Dp	CV	Sk	K	KS
CD	36	2	36	17,72	6,71	37,87	-0,224	1,198	0,200
CSP	13	4	27	12,77	7,63	59,75	0,470	-0,818	0,177
Total	49	2	36	16,41	7,23	44,06	-0,119	0,048	0,200

A tabela 4 transmite os dados da amostra de acordo com terem ou não ouvido falar sobre Reiki segundo o local de trabalho. Da observação da tabela comprovamos que 89,8% dos enfermeiros já ouviram falar sobre Reiki, sendo que são os enfermeiros a exercer funções nos CSP que mais contribuem para este percentual. Por sua vez, o grupo menos representativo (10,2%) é o que nunca ouviu falar de Reiki.

Tabela 4: Conhecimento dos participantes sobre Reiki

Local de trabalho Conhecimento sobre reiki	CD		CSP		Total	
	N (36)	% (100,0)	N (13)	% (100,0)	N (49)	% (100,0)
Sim	32	88,9	12	92,3	44	89,8
Não	4	11,1	1	7,7	5	10,2

Caracterização da amostra face às variáveis contextuais

Com a análise da tabela 5 podemos caracterizar os enfermeiros que ouviram falar de Reiki e os que referem não ter conhecimento desta terapia, relativamente às variáveis sociodemográficas e profissionais.

Género: Verificamos que, os enfermeiros que já ouviram falar de Reiki, 63,6% são do género feminino e 36,4% do masculino. Já os que desconhecem, 60,0% pertencem ao género feminino e 40,0% ao masculino.

Grupos etários: Podemos observar que os enfermeiros que referiram ter ouvido falar de Reiki, estão distribuídos de forma muito semelhante pelos grupos etários. Com igual valor percentual temos o grupo com idade igual ou inferior a 35 anos e o grupo com idade igual ou superior a 44 anos, com 34,1%. No grupo entre os 36 e os 43 anos, encontram-se 31,8% dos enfermeiros. Os enfermeiros que desconhecem o Reiki têm idades compreendidas entre os 36 e os 43 anos (100,0%).

Habilitações Literárias: Constatamos que 52,3% dos enfermeiros que referiram ter ouvido falar de Reiki, estão habilitados com Licenciatura, 31,8% com Pós-Licenciatura e

15,9% com Mestrado. Dos enfermeiros que referiram desconhecer o Reiki, 60,0% estão habilitados com Licenciatura e 40,0% com Pós-Licenciatura.

Categoria Profissional: Podemos observar que os enfermeiros que afirmaram ter ouvido falar de Reiki, detêm maioritariamente a categoria de Enfermeiro, com 38,6%, seguidos dos Enfermeiros Graduados com 31,8% e por último os Enfermeiros Especialistas com 29,5%. Dos enfermeiros que referiram desconhecer esta terapia, apresentam iguais valores percentuais os Enfermeiros Graduados e os Enfermeiros Especialistas com 40,0%, com valores inferiores observamos a categoria de Enfermeiro com 20,0%.

Tempo de serviço: Verificamos que dos enfermeiros que referiram ter ouvido falar acerca do Reiki, 40,9% exercem a sua atividade há 14 ou menos anos, enquanto 36,4% exercem há 21 ou mais anos. O menor valor percentual encontra-se no grupo [15 - 20] anos com 22,7%. Em oposição, entre os enfermeiros que afirmaram não ter ouvido falar acerca de Reiki, 80,0% encontra-se no grupo que exerce funções há [15 - 20] anos. Os restantes 20,0% encontram-se no grupo com 21 ou mais anos de serviço.

Tabela 5: Caracterização da amostra em função do conhecimento do Reiki

Variáveis	Reiki		Não		Total	
	N (44)	% (100,0)	N (5)	% (100,0)	N (49)	% (100,0)
Género						
Masculino	16	36,4	2	40,0	18	36,7
Feminino	28	63,6	3	60,0	31	63,3
Idade						
≤ 35 anos	15	34,1	0	0,0	15	30,6
[36 – 43] anos	14	31,8	5	100,0	19	38,8
≥ 44 anos	15	34,1	0	0,0	15	30,6
Habilitações académicas						
Licenciatura	23	52,3	3	60,0	26	53,0
Pós-Licenciatura	14	31,8	2	40,0	16	32,7
Mestrado	7	15,9	0	0,0	7	14,3
Categoria profissional						
Enfermeiro	17	38,6	1	20,0	18	36,7
Enfermeiro Graduado	14	31,8	2	40,0	16	32,7
Enfermeiro Especialista	13	29,5	2	40,0	15	30,6
Tempo de serviço						
≤ 14 anos	18	40,9	0	0,0	18	36,7
[15 – 20] anos	10	22,7	4	80,0	14	28,6
≥ 21 anos	16	36,4	1	20,0	17	34,7

Os enfermeiros que referiram nunca ter ouvido falar sobre Reiki, ou seja, 10,2% da amostra, terminam aqui a sua prestação neste estudo. Desta forma, a nossa amostra para a restante análise descritiva, contará com 44 enfermeiros.

A tabela 6 dá-nos a distribuição da amostra segundo as variáveis contextuais em função do local de trabalho.

Primeira fonte de informação sobre Reiki: De acordo com os dados visíveis na tabela, constatamos que foram os Amigos o primeiro acesso à informação sobre Reiki com 40,9%, seguidos das Ações de Formação e da Televisão, ambas com 20,5% e por último a *Internet*, Revistas e outros com 18,1%.

Entre os grupos, salienta-se a diferença relativamente às Ações de Formação como primeira fonte de informação acerca de Reiki. No grupo dos CD esta foi a primeira fonte de informação para 25,0% da amostra enquanto no grupo dos CSP o foi, apenas para 8,3% dos enfermeiros.

Tratamento com Reiki: ao examinar a tabela relativamente a esta variável podemos verificar que 20,5% dos enfermeiros já foi submetido a *Tratamento com Reiki* pelo menos uma vez e 79,5% nunca o fez. Estes dados refletem a tendência de ambos os grupos para esta variável.

Os residuais não mostram alterações percentuais relevantes entre os grupos para as duas categorias.

Iniciação em Reiki: de acordo com os dados da tabela, averiguamos que no total da amostra, 11,4% dos enfermeiros foram iniciados em Reiki enquanto os restantes 88,6% não foram. Este valor traduz 12,5% de enfermeiros iniciados em Reiki no Hospital e 8,3% nos CSP.

Os residuais não mostram alterações percentuais relevantes entre os grupos na categoria onde é aplicável.

Reiki no PCLE: na tabela constatamos que a maioria dos enfermeiros considera importante a inclusão do Reiki e/ou outras terapias complementares no PCLE, com 75,0% a favor e 25,0% contra. Relativamente a cada grupo, esta diferença é ainda mais acentuada no grupo a exercer funções nos CD com 81,2% dos enfermeiros a favor e 18,8% contra. Em oposição, no grupo dos CSP esta diferença é menos acentuada, apresentando-se o sim com 58,3% e o não com 41,7%.

Os residuais não mostram alterações percentuais relevantes entre os grupos para ambas as categorias.

Tabela 6: Caracterização da amostra de acordo com as variáveis contextuais

Local de trabalho V. Contextuais	CD		CSP		Total		Residuais	
	N (32)	% (100,0)	N (12)	% (100,0)	N (44)	% (100,0)	CD	CSP
Primeira informação Reiki								
Amigos	11	34,4	7	58,3	18	40,9	- 1,4	1,4
Ações de Formação	8	25,0	1	8,3	9	20,5	1,2	- 1,2
Televisão	7	21,8	2	16,7	9	20,5	0,4	- 0,4
Internet, Revistas, ...	6	18,8	2	16,7	8	18,1	0,2	- 0,2
Tratamento com Reiki								
Sim	6	18,8	3	25,0	9	20,5	- 0,5	0,5
Não	26	81,2	9	75,0	35	79,5	0,5	- 0,5
Iniciação Reiki								
Sim	4	12,5	1	8,3	5	11,4	NA	NA
Não	28	87,5	11	91,7	39	88,6	- 0,4	0,4
Reiki no PCLE								
Sim	26	81,2	7	58,3	33	75,0	1,6	- 1,6
Não	6	18,8	5	41,7	11	25,0	- 1,6	1,6

NA: Não Aplicável

Acerca da justificação da **importância ou não da inclusão do Reiki e/ou outras terapias complementares no PCLE**, obtiveram-se várias respostas tanto para o sim como para o não.

Dos 33 enfermeiros que responderam que seria importante, 30,3% não justificaram a sua opção. Dos 69,7% que justificaram a sua concordância elaborámos a síntese que se pode observar no quadro 4.

Uma das respostas acrescentava ainda um alerta importante. Referia que a forma de aplicação desta e/ou outras TNC deve ser ponderada, tendo em conta o conhecimento e as crenças das pessoas. Devem ser aplicadas com alguma sensibilidade uma vez que podem não ser bem aceites pelos doentes/utentes.

Quadro 4: Razões justificativas da inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE

	N (33)	% (100,0)
Complementar/potenciar os cuidados de Enfermagem	8	24,24
Alarga o conhecimento da enfermagem a outras áreas	5	15,16
Medida não farmacológica para o tratamento da dor e para relaxamento	4	12,12
Aumenta a qualidade de vida dos doentes	3	9,09
Técnica não invasiva, simples e com procedimentos específicos	3	9,09
A Enfermagem é uma ciência holística	2	6,06
Intervenção autónoma de Enfermagem	2	6,06
Alternativa aos cuidados convencionais	2	6,06
Saturação em relação à medicina convencional	1	3,03
A margem de aceitação e tolerância pela população é bastante aceitável	1	3,03
Ferramenta de auto-cura	1	3,03
Contributo para o desenvolvimento pessoal e maior tomada de consciência sobre as particularidades do ser que cuida e do que é cuidado	1	3,03

Dos 11 enfermeiros que não consideraram importante a inclusão do Reiki e/ou outras terapias complementares no PCLE, 63,6% não apresentaram qualquer motivo para a sua opção. Dos 36,4% que justificaram a sua discordância, apresentaram as razões apresentadas no quadro 5.

Quadro 5: Razões apresentadas à não inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE

	N (5)	% (100,0)
Sem evidência científica confirmada	2	40,00
Intervenção muito específica	1	20,00
Disciplina esotérica	1	20,00
Deverá fazer formação complementar quem estiver interessado	1	20,00

Ainda relativamente à variável *Iniciação em Reiki*, apresentamos a tabela 7 que mostra a distribuição dos enfermeiros segundo os níveis de Reiki em função do local de trabalho.

Verificamos que no total dos enfermeiros iniciados em Reiki, 40,0% possui o Nível 1, 40,0%, o Nível 2 e 20,0% possui o Nível 3. Estes valores são conseguidos com a

contribuição do grupo dos CD que tem enfermeiros iniciados em todos os níveis com 25,0% no Nível 1, 50,0% no Nível 2 e 25,0% no Nível 3 enquanto o grupo a exercer funções nos CSP apresentam o total das respostas no Nível 1 (100,0%).

Tabela 7: Caracterização da amostra segundo o nível de iniciação em Reiki

Local de trabalho Níveis de reiki	CD		CSP		Total	
	N (4)	% (100,0)	N (1)	% (100,0)	N (5)	% (100,0)
Nível 1	1	25,0	1	100,0	2	40,0
Nível 2	2	50,0	0	0,0	2	40,0
Nível 3	1	25,0	0	0,0	1	20,0

Quanto à *Variante do Reiki* em que foram iniciados obtivemos duas respostas.

Dois enfermeiros com nível 2 de Reiki. Um foi iniciado na variante Reiki Essencial e outro foi iniciado no Sistema *Usui Shiki Ryoho*. Ambos exercem funções no Hospital.

Não especificaram a variante em que foram iniciados os três enfermeiros restantes.

Salientamos que dos cinco enfermeiros iniciados em reiki, dois são enfermeiros especialistas de Reabilitação.

Caracterização da amostra face aos conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki

A Tabela 8 revela-nos as estatísticas do conhecimento dos enfermeiros sobre Reiki, por dimensão e “Conhecimento Total” segundo o local de trabalho.

Pela interpretação da referida tabela, verificamos que os enfermeiros têm melhores conhecimentos sobre Reiki na dimensão “Prática do Reiki” (méd% = 71,45), sendo os valores muito próximos entre os enfermeiros que trabalham nos CD (méd% = 71,54) com os seus pares dos CSP (méd% = 71,18).

Por sua vez, associada aos menores conhecimentos está a dimensão “Reiki no Contexto Profissional”, já que é a que possui menores valores médios (méd% = 63,00). Nesta dimensão são os enfermeiros a exercer funções nos CSP que apresentam uma média inferior (méd% = 60,64) aos enfermeiros que exercem as suas funções nos CD (méd% = 63,91).

Verifica-se ainda, pela observação da mesma tabela que as médias obtidas pelos enfermeiros dos CD é superior aos enfermeiros dos CSP em todas as dimensões e no “Conhecimento Total”.

A tabela mostra-nos, ainda, que a amostra é simétrica, mesocúrtica e que não tem uma distribuição normal para nenhuma das quatro dimensões nem para o “Conhecimento Total”.

Tabela 8: Estatística relativa aos conhecimentos sobre Reiki

Dimensões	Local de Trabalho	N	Min	Max	Média	Méd%	Dp	CV	Sk	K	KS
Conceito e História	CD	32	4,00	10,00	7,06	64,18	1,46	20,68	-0,048	-0,560	0,099
	CSP	12	4,00	9,00	6,83	62,09	1,58	23,13	-0,167	-0,862	0,198
	Total	44	4,00	10,00	7,00	63,64	1,48	21,14	-0,090	-0,681	0,037
Prática do Reiki	CD	32	4,00	11,00	7,87	71,54	1,90	24,14	-0,445	-0,343	0,001
	CSP	12	6,00	10,00	7,83	71,18	1,03	13,15	0,388	1,099	0,016
	Total	44	4,00	11,00	7,86	71,45	1,69	21,50	-0,409	0,082	0,000
Formação em Reiki	CD	32	4,00	10,00	7,03	63,91	1,75	24,89	0,103	-0,625	0,037
	CSP	12	4,00	10,00	6,83	62,09	2,17	31,77	0,449	-0,867	0,115
	Total	44	4,00	10,00	6,98	63,45	1,85	26,50	0,197	-0,760	0,009
Reiki no Contexto Profissional	CD	32	3,00	10,00	7,03	63,91	1,79	25,46	-0,050	-0,350	0,200
	CSP	12	2,00	10,00	6,67	60,64	2,06	30,88	-0,810	1,449	0,200
	Total	44	2,00	10,00	6,93	63,00	1,85	26,69	-0,313	0,195	0,070
Conhecimento Total	CD	32	21,00	41,00	29,00	65,91	4,94	17,03	0,558	0,377	0,015
	CSP	12	20,00	36,00	28,17	64,02	5,13	18,21	0,229	-0,839	0,200
	Total	44	20,00	41,00	28,77	65,39	4,95	17,20	0,448	0,002	0,011

A tabela 9 mostra-nos a distribuição dos enfermeiros de acordo com os níveis de conhecimento sobre Reiki segundo o local de trabalho. Engloba os conhecimentos por dimensão e o total.

Conceito e História: Pela análise da tabela podemos verificar que existe uma semelhança entre as categorias, “baixos conhecimentos” e “altos conhecimentos”, ambas com 38,6%. Com “razoáveis conhecimentos” encontramos 22,7% dos enfermeiros.

No grupo a exercer funções nos CD, o maior valor (37,5%) encontra-se no grupo com “altos conhecimentos” sobre Reiki. No outro extremo temos 28,1% dos enfermeiros com um nível razoável de conhecimentos. No grupo dos CSP, a situação está invertida, encontrando-se 50,0% dos enfermeiros na categoria “baixos conhecimentos” e 8,3% com “razoáveis conhecimentos”.

Prática do Reiki: Relativamente a esta dimensão, a tabela 9, revela-nos que 38,6% dos enfermeiros possuem “razoáveis conhecimentos”, 31,8% “baixos conhecimentos” e 29,5% “altos conhecimentos”. No grupo que exerce funções nos CD os valores das três categorias estão bastante próximos. Já no grupo dos CSP o mesmo não acontece, tendo a maioria dos enfermeiros “razoáveis conhecimentos”, com 50,0%, e em menor percentagem os “altos conhecimentos” com 16,7%.

Formação em Reiki: Na amostra total encontramos 45,5% dos enfermeiros com “baixos conhecimentos”, 36,4 com “altos conhecimentos” e 18,2% com “razoáveis conhecimentos”.

Para o grupo dos CD a maior parte da amostra apresenta “baixos conhecimentos” com 43,8%. Já o valor mínimo encontra-se nos “razoáveis conhecimentos” com apenas 15,6% dos enfermeiros. No grupo dos CSP a maior percentagem também se encontra na categoria “baixos conhecimentos”, representando 50,0% da amostra. O valor mínimo para esta dimensão encontra-se com igual valor (25,0%) para as categorias “razoáveis conhecimentos” e “altos conhecimentos”.

Reiki no Contexto Profissional: relativamente a esta dimensão, a amostra total encontra-se maioritariamente dividida entre os “altos conhecimentos” e os “baixos conhecimentos” sobre reiki, ambas com um valor de 40,9%. Com “razoáveis conhecimentos” encontramos 18,2% dos enfermeiros.

Tanto no grupo dos CD como no dos CSP reparámos que, tal como a amostra, os maiores valores de conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki se encontram divididos entre categorias extremas, ou seja, 40,6% e 41,7%, apresentam “altos conhecimentos” e a mesma percentagem apresenta “baixos conhecimentos”, para cada grupo, respetivamente. Os valores mínimos de conhecimentos encontram-se na categoria “razoáveis conhecimentos” com 18,8% nos CD e 16,6% nos CSP.

Conhecimento Total: Relativamente ao “Conhecimento Total” para esta amostra constatamos que 59,1% dos enfermeiros possui “razoáveis conhecimentos”, 38,6% possui “altos conhecimentos” e 2,3%, “baixos conhecimentos” sobre Reiki.

No grupo Hospital verificamos que os enfermeiros se dividiram entre os “razoáveis conhecimentos” (59,4%) e os “altos conhecimentos” (40,6%), não havendo nenhum na categoria “baixos conhecimentos” (0,0%). Já o grupo dos CSP apresentou maior representação na categoria “razoáveis conhecimentos” com 58,4% e menor representação na categoria “baixos conhecimentos” sobre Reiki, com 8,3%.

Os residuais não mostram alterações percentuais relevantes entre os grupos para nenhuma das categorias, tanto para as quatro dimensões como para o “Conhecimento Total”

Tabela 9: Conhecimentos sobre reiki em função das dimensões da escala

Local de trabalho Dimensões	CD		CSP		Total		Residuais	
	N (32)	% (100,0)	N (12)	% (100,0)	N (44)	% (100,0)	CD	CSP
Conceito e História								
Baixos conhecimentos	11	34,4	6	50,0	17	38,6	- 0,9	0,9
Razoáveis conhecimentos	9	28,1	1	8,3	10	22,7	1,4	- 1,4
Altos conhecimentos	12	37,5	5	41,7	17	38,6	- 0,3	0,3
Prática do Reiki								
Baixos conhecimentos	10	31,3	4	33,3	14	31,8	- 0,1	0,1
Razoáveis conhecimentos	11	34,4	6	50,0	17	38,6	- 0,9	0,9
Altos conhecimentos	11	34,4	2	16,7	13	29,5	1,1	- 1,1
Formação em Reiki								
Baixos conhecimentos	14	43,8	6	50,0	20	45,5	- 0,4	0,4
Razoáveis conhecimentos	5	15,6	3	25,0	8	18,2	- 0,7	0,7
Altos conhecimentos	13	40,6	3	25,0	16	36,4	1,0	- 1,0
Reiki no Contexto Profissional								
Baixos conhecimentos	13	40,6	5	41,7	18	40,9	- 0,1	0,1
Razoáveis conhecimentos	6	18,8	2	16,6	8	18,2	0,2	- 0,2
Altos conhecimentos	13	40,6	5	41,7	18	40,9	- 0,1	0,1
Conhecimento Total								
Baixos conhecimentos	0	0,0	1	8,3	1	2,3	NA	NA
Razoáveis conhecimentos	19	59,4	7	58,4	26	59,1	0,1	- 0,1
Altos conhecimentos	13	40,6	4	33,3	17	38,6	0,4	- 0,4

ANÁLISE INFERENCIAL

Efetuada a caracterização da amostra e procurando dar resposta aos objetivos inicialmente definidos para esta investigação procede-se agora a uma análise mais detalhada dos resultados observados recorrendo-se para o efeito à análise inferencial com a qual se procurará estabelecer a relação entre as variáveis independentes selecionadas e a variável dependente.

H₁ - As variáveis sociodemográficas influenciam o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki.

H_{1A} - Relação entre gênero e conhecimentos sobre Reiki

Para o estudo da relação entre os conhecimentos sobre Reiki e o gênero dos enfermeiros, foi utilizado o teste de UMW, aludido na tabela 10. No que respeita aos enfermeiros dos CD verifica-se que as ordenações médias mais elevadas, a que corresponde um maior nível de conhecimentos, configuram-se entre os enfermeiros do gênero masculino para todas as dimensões do conhecimento e “Conhecimento Total”, exceto para a dimensão, “Formação em Reiki” em que se verifica o oposto. Por sua vez, os enfermeiros dos CSP apresentam ordenações médias mais elevadas que as enfermeiras apenas nas dimensões “Formação em Reiki” e “Reiki no Contexto Profissional”. Nas restantes dimensões e para o “Conhecimento Total” apresentam ordenações médias inferiores, demonstrando menos conhecimentos.

No entanto, pela aplicação do teste de UMW não se encontraram diferenças estatisticamente significativas para nenhuma dimensão o que comprova a independência entre as variáveis em estudo.

Tabela 10: Teste de UMW entre gênero e conhecimentos sobre Reiki

Gênero		Masculino		Feminino		U	Z	p
		Ordenação Média	Soma ordenações	Ordenação Média	Soma ordenações			
Conceito e História	CD	17,13	205,50	16,13	322,50	112,500	-0,298	0,766
	CSP	5,38	21,50	7,06	56,50	11,500	-0,785	0,432
Prática de Reiki	CD	16,71	200,50	16,38	327,50	117,500	-0,100	0,921
	CSP	6,38	25,50	6,56	52,50	15,500	-0,091	0,927
Formação em Reiki	CD	16,25	195,00	16,65	333,00	117,000	-0,119	0,905
	CSP	7,25	29,00	6,13	49,00	13,000	-0,522	0,602
Reiki no Contexto Profissional	CD	17,33	208,00	16,00	320,00	110,000	-0,395	0,693
	CSP	6,75	27,00	6,38	51,00	15,000	-0,174	0,862
Conhecimento Total	CD	18,71	224,50	15,18	303,50	93,500	-1,041	0,298
	CSP	6,25	25,00	6,63	53,00	15,000	-0,171	0,864

H_{1B} - Relação entre grupos etários e conhecimentos sobre Reiki

A tabela 11 reporta-se à relação dos conhecimentos sobre Reiki dos enfermeiros que exercem funções nos CD e dos que exercem funções nos CSP de acordo com os grupos etários.

Dos resultados obtidos, pela aplicação do teste estatístico de *Kruskal-Wallis*, e expressos na tabela X, pode verificar-se que, relativamente ao grupo a exercer funções nos CD, as ordenações médias mais elevadas são detidas pelos enfermeiros com mais de 44 anos. No entanto, as ordenações médias mais baixas pertencem ao grupo com idade entre os 36 e os 43 anos, excetuando a dimensão “Conceito e História” e “Conhecimento Total” em que estão associadas aos enfermeiros com menos de 35 anos.

Contudo, pela aplicação do teste *Kruskal-Wallis* as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas apenas para a dimensão “Conceito e História” ($\chi^2 = 7,561$; $p=0,023$).

O mesmo acontece no grupo a exercer funções nos CSP, onde as ordenações médias mais elevadas se observam entre os enfermeiros com mais de 44 anos, excetuando na dimensão “Reiki no Contexto Profissional” que se observam nos enfermeiros com menos de 35 anos. Também, neste grupo, as ordenações médias mais baixas se encontram no grupo com idade entre os 36 e os 43 anos, à exceção da dimensão “Formação em Reiki”, não se apresentando as diferenças como significativas.

Verificamos que para os enfermeiros a exercer funções nos CD, a idade é explicativa para os conhecimentos sobre o reiki, na dimensão “Conceito e História”.

Tabela 11: Teste *Kruskal-Wallis* entre grupos etários e conhecimentos sobre Reiki

		≤ 35 anos	36-43 anos	≥ 44 anos	χ^2	p
		Ordenações Médias				
Conceito e História	CD	8,88	18,17	19,92	7,561	0,023*
	CSP	6,79	2,75	8,33	3,148	0,207
Prática de Reiki	CD	15,19	14,75	19,13	1,590	0,452
	CSP	6,43	5,25	7,50	0,549	0,760
Formação em Reiki	CD	17,19	15,63	16,92	0,178	0,915
	CSP	6,14	6,50	7,33	0,240	0,887
Reiki no Contexto Profissional	CD	15,56	15,33	18,29	0,726	0,696
	CSP	7,29	2,75	7,17	2,722	0,256
Conhecimento Total	CD	13,63	15,21	19,71	2,428	0,297
	CSP	6,86	2,75	8,17	2,904	0,234

H_{1c} - Relação entre habilitações literárias e conhecimentos sobre Reiki

Recorreu-se ao teste estatístico de *Kruskal-Wallis* para o estudo da relação entre as habilitações literárias e os conhecimentos sobre Reiki. Dos resultados obtidos e expressos na tabela 12, pode verificar-se que, relativamente ao grupo a exercer funções nos CD, as ordenações médias mais elevadas são detidas pelos enfermeiros habilitados com Mestrado e as mais baixas pelos enfermeiros habilitados apenas com a Licenciatura. A exceção acontece na dimensão “Reiki no Contexto Profissional”, em que são os enfermeiros habilitados com Pós-Licenciatura (com especialização e pós graduação apenas) que detêm as ordenações médias mais elevadas e os enfermeiros habilitados com Mestrado, as ordenações médias mais baixas.

Contudo, pela aplicação do teste *Kruskal-Wallis* as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas apenas para a dimensão “Conceito e História” ($X^2 = 6,890$; $p = 0,032$).

Também para o grupo a exercer funções nos CSP, as ordenações médias mais elevadas observam-se entre os enfermeiros habilitados com Mestrado, no entanto, as mais baixas encontram-se entre os profissionais habilitados com Pós-Licenciatura. Esta situação verifica-se para todas as dimensões e “Conhecimento Total” com exceção da dimensão “Reiki no Contexto Profissional” em que as ordenações médias mais elevadas se encontram entre os enfermeiros com menos habilitações, não se apresentando as diferenças como significativas.

Em suma, a hipótese formulada pode ser aceite de forma parcial, ou seja, as habilitações literárias influenciam os conhecimentos sobre o Reiki, na dimensão “Conceito e História” no grupo de enfermeiros a exercer funções nos CD.

Tabela 12: Teste *Kruskal-Wallis* entre habilitações literárias e conhecimentos sobre Reiki

		Licenciatura	Pós-Licenciatura	Mestrado	χ^2	p
		Ordenações Médias				
Conceito e História	CD	14,50	14,91	26,40	6,890	0,032*
	CSP	6,14	4,83	10,25	3,032	0,220
Prática de Reiki	CD	14,19	18,09	20,40	2,261	0,323
	CSP	6,43	6,00	7,50	0,248	0,883
Formação em Reiki	CD	14,91	17,14	20,20	1,342	0,511
	CSP	6,14	5,33	9,50	1,852	0,396
Reiki no Contexto Profissional	CD	16,66	16,68	15,60	0,056	0,972
	CSP	7,29	5,00	6,00	0,932	0,627
Conhecimento Total	CD	14,00	17,32	22,70	3,469	0,176
	CSP	6,71	4,50	8,75	1,745	0,418

H₂ - As variáveis profissionais interferem no nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki.

H_{2A} - Relação entre categoria profissional e conhecimentos sobre Reiki

Procurou-se determinar se a categoria profissional influenciava os conhecimentos sobre Reiki nos enfermeiros a exercer funções nos CD e sobre os e sobre os que exercem funções nos CSP, cujos resultados se encontram na tabela 13.

Dos resultados obtidos com o teste de *Kruskal-Wallis*, verifica-se que para o grupo a exercer funções nos CD, as ordenações médias mais elevadas pertencem aos Enfermeiros Especialistas, nas dimensões “Prática do Reiki”, “Reiki no Contexto Profissional” e “Conhecimento Total”. Para estas três dimensões, as ordenações médias mais baixas pertencem aos enfermeiros com a categoria profissional de Enfermeiro. Relativamente à dimensão “Conceito e História”, as ordenações médias mais altas pertencem aos Enfermeiros Graduados e as mais baixas aos Enfermeiros.

Na dimensão “Formação em Reiki”, ao contrário das outras, é aos Enfermeiros que cabem as ordenações médias mais elevadas.

Contudo, pela aplicação do teste *Kruskal-Wallis* as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas apenas para a dimensão “Conceito e História”, o que confirma a existência de relação entre estas variáveis ($X^2=7,877$; $p=0,019$).

Para o grupo dos CSP, os Enfermeiros Especialistas apenas têm as ordenações médias mais elevadas em duas dimensões, “Conceito e História” e “Formação em Reiki”.

Para as restantes dimensões e “Conhecimento Total” são os Enfermeiros que têm as ordenações médias mais elevadas, seguidos dos Enfermeiros Especialistas.

Em suma, a hipótese formulada pode ser aceite de forma parcial, ou seja, a categoria profissional influencia os conhecimentos sobre o reiki, na dimensão “Conceito e História” para os enfermeiros que exercem funções nos CD.

Tabela 13: Teste *Kruskal-Wallis* entre categoria profissional e conhecimento sobre Reiki

		Enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	χ^2	p
		Graduado	Especialista	Especialista		
		Ordenações Médias				
Conceito e História	CD	9,75	19,88	19,20	7,877	0,019*
	CSP	6,43	5,75	7,17	0,202	0,904
Prática de Reiki	CD	12,95	15,25	21,55	4,771	0,092
	CSP	7,07	5,25	6,00	0,549	0,760
Formação em Reiki	CD	18,45	15,46	15,80	0,661	0,718
	CSP	6,14	6,50	7,33	0,240	0,887
Reiki no Contexto Profissional	CD	11,90	18,54	18,65	3,609	0,165
	CSP	7,29	3,50	6,67	1,806	0,405
Conhecimento Total	CD	11,85	17,79	19,60	3,849	0,146
	CSP	7,07	4,50	6,50	0,800	0,670

H_{2B} - Relação entre tempo de serviço e conhecimentos sobre Reiki

A tabela 14 reporta-se à relação entre o tempo de serviço e os conhecimentos sobre reiki entre os enfermeiros que exercem funções nos CD e os que exercem funções nos CSP.

Através dos resultados do teste estatístico de *Kruskal-Wallis* verificamos que as ordenações médias mais elevadas pertencem aos enfermeiros que exercem funções há mais tempo, tanto para o grupo que exerce funções nos CD como para o que exerce nos CSP.

No entanto, ordenações médias inferiores estiveram associadas aos enfermeiros com tempo de serviço entre 15 e 20 anos, excetuando-se, no primeiro grupo a dimensão “Conceito e História” e no segundo, a dimensão “Prática de Reiki”.

Desta forma, pela aplicação do teste *Kruskal-Wallis* as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas apenas para a dimensão “Conceito e História” ($\chi^2 = 6,908$; $p = 0,032$).

Em suma, verificamos que os enfermeiros que exercem funções nos CD há mais tempo têm mais conhecimentos sobre Reiki na dimensão “Conceito e História”.

Tabela 14: Teste *Kruskal-Wallis* entre tempo de serviço e conhecimentos sobre Reiki

		≤ 14 anos	15 – 20 anos	≥ 21 anos	X ²	p
		Ordenações Médias				
Conceito e História	CD	10,30	18,06	20,19	6,908	0,032*
	CSP	6,06	4,50	8,33	1,268	0,531
Prática de Reiki	CD	16,55	11,28	20,08	4,915	0,086
	CSP	6,00	7,50	7,50	0,534	0,766
Formação em Reiki	CD	15,65	15,33	17,96	0,559	0,756
	CSP	6,38	5,00	7,33	0,359	0,836
Reiki no Contexto Profissional	CD	17,05	11,94	19,23	3,362	0,186
	CSP	6,50	4,50	7,17	0,430	0,807
Conhecimento Total	CD	14,35	13,06	20,54	3,362	0,186
	CSP	6,13	4,50	8,17	0,430	0,807

H₃ - As variáveis contextuais influenciam o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki.

H_{3A} - Relação entre a primeira fonte de informação e conhecimentos sobre Reiki

Recorreu-se uma vez mais ao teste de *Kruskal-Wallis* para o estudo da relação destas variáveis. Configura-se pelos resultados expressos na tabela 15, que para os enfermeiros do grupo dos CD, os Amigos, apresentam as ordenações médias mais elevadas nas dimensões, “Formação em Reiki” (18,50), “Reiki no Contexto Profissional” (18,41) e “Conhecimento Total” (17,91). As Ações de Formação apresentam as ordenações médias mais elevadas na dimensão “Conceito e História” (18,75), enquanto a Televisão apresenta para a dimensão “Prática do Reiki” (20,50). A *Internet*, *Revistas* e *outras* fontes de informação aparece com as segundas ordenações médias mais elevadas nas dimensões “Formação em Reiki” (16,42) e “Reiki no Contexto Profissional” (17,58).

Comparativamente, no grupo dos CSP, salientam-se as Ações de Formação como primeira fonte de informação acerca do Reiki, que apresentam ordenações médias mais elevadas nas dimensões, “Reiki no Contexto Profissional” (9,50) e “Prática de Reiki” (7,50), aqui com valor igual ao da Televisão (7,50). Salientamos, também, a Televisão com ordenações médias mais elevadas na dimensão já referida e no “Conhecimento Total”

(6,75). Relativamente aos Amigos, apresentam ordenações médias mais elevadas apenas na dimensão “Formação em Reiki” (7,21).

Contudo, pela aplicação do teste *Kruskal-Wallis* as diferenças entre os grupos não se configuram estatisticamente significativas, o que leva a afirmar que a primeira fonte de informação acerca do Reiki não é explicativa para o conhecimento acerca desta terapia o que confirma a inexistência de relação de dependência entre estas variáveis.

Tabela 15: Teste *Kruskal-Wallis* entre a primeira fonte de informação e conhecimentos sobre Reiki

		Amigos	Ações de formação	Televisão	Internet, Revistas,...	χ^2	p
		Ordenações médias					
Conceito e História	CD	15,82	18,75	16,86	14,33	0,884	0,829
	CSP	7,29	2,00	4,50	8,00	3,009	0,390
Prática de Reiki	CD	14,09	17,69	20,50	14,67	2,474	0,480
	CSP	6,21	7,50	7,50	6,00	0,363	0,948
Formação em Reiki	CD	18,50	15,25	14,86	16,42	0,892	0,827
	CSP	7,21	5,00	5,00	6,25	0,842	0,839
Reiki no Contexto Profissional	CD	18,41	15,13	14,14	17,58	1,186	0,756
	CSP	5,57	9,50	8,25	6,50	1,705	0,636
Conhecimento Total	CD	17,91	15,88	16,86	14,33	0,626	0,891
	CSP	6,50	6,00	6,75	6,50	0,029	0,999

H_{3B} - Relação entre ter recebido tratamento com Reiki e conhecimentos sobre a terapia

Na tabela 16 apresentam-se os resultados que se obtiveram no estudo da relação entre ter recebido tratamento com Reiki e os conhecimentos sobre esta terapia. Observa-se que para os enfermeiros a exercer funções nos CD, as ordenações médias mais elevadas recaem para o sim, que representa os enfermeiros que já receberam tratamento com Reiki pelo menos uma vez, em todas as dimensões e também para o “Conhecimento Total”. Pelo teste de UMW verifica-se a existência de diferenças estatísticas significativas. Estas diferenças recaem nas dimensões, “Prática de Reiki” (U= 18,500; p=0,003), “Formação em Reiki” (U=35,500; p=0,036), “Reiki no Contexto Profissional” (U=23,000; p=0,007) e “Conhecimento Total” (U=21,500; p=0,006).

Em oposição, o grupo dos CSP apresenta as ordenações médias mais elevadas no não, ou seja, aqueles que nunca receberam um tratamento com Reiki, para todas as dimensões e “Conhecimento Total” excetuando para a dimensão, “Reiki no Contexto

Profissional”. No entanto, pela aplicação do teste de UMW não se encontraram diferenças estatisticamente significativas para nenhuma dimensão o que comprova a independência entre as variáveis em estudo.

Esta hipótese pode ser parcialmente confirmada no que respeita a algumas dimensões para o grupo dos CD mas rejeitá-la em relação aos CSP. Em suma, verificamos que os enfermeiros que exercem funções nos CD e que receberam tratamento com Reiki são aqueles que têm melhores conhecimentos em “Prática de Reiki”, “Formação em Reiki”, “Reiki no Contexto Profissional” e “Conhecimento Total”.

Tabela 16: Teste de UMW entre ter recebido tratamento com Reiki e conhecimentos sobre a terapia

Tratamento Reiki		Sim		Não		U	Z	p
		Ordenação Média	Soma ordenações	Ordenação Média	Soma ordenações			
Dimensões								
Conceito e História	CD	22,17	133,00	15,19	395,00	44,000	-1,676	0,094
	CSP	6,00	18,00	6,67	60,00	12,00	-0,285	0,776
Prática de Reiki	CD	26,42	158,50	14,21	369,50	18,500	-2,944	0,003*
	CSP	5,33	16,00	6,89	62,00	10,000	-0,696	0,486
Formação em Reiki	CD	23,58	141,50	14,87	386,50	35,500	-2,093	0,036*
	CSP	4,67	14,00	7,11	64,00	8,00	-1,041	0,298
Reiki no Contexto Profissional	CD	25,67	154,00	14,38	374,00	23,000	-2,697	0,007*
	CSP	6,83	20,50	6,39	57,50	12,500	-0,189	0,850
Conhecimento Total	CD	25,92	155,50	14,33	372,50	21,500	-2,754	0,006*
	CSP	5,67	17,00	6,78	61,00	11,000	-0,465	0,642

H_{3C} - Relação entre ter recebido iniciação e conhecimentos sobre Reiki

Pela análise da tabela 17 e quanto ao grupo que exerce funções nos CD, salienta-se que os maiores índices de ordenação se verificam para a resposta Sim, ou seja, para os enfermeiros que receberam iniciação em Reiki em todas as dimensões e “Conhecimento Total”, confirmando-se diferenças estatisticamente significativas. Pelo teste de UMW verifica-se que as diferenças se encontram nas dimensões “Conceito e História” (U=8,500; p=0,006), “Prática de Reiki” (U=15,000; p=0,017), “Formação em Reiki” (U=3,000; p=0,002), “Reiki no Contexto Profissional” (U=20,500; p=0,040) e “Conhecimento Total” (U=4,500; p=0,003).

Acerca do grupo dos CSP as ordenações médias mais elevadas correspondem aos enfermeiros que receberam iniciação em Reiki, embora as diferenças entre os grupos não sejam significativas.

Perante estes resultados confirma-se a hipótese de que ter recebido iniciação em Reiki e exercer funções nos CD influencia os conhecimentos sobre esta terapia.

Tabela 17: Teste de UMW entre ter recebido iniciação em Reiki e conhecimentos sobre a terapia

Iniciação Reiki		Sim		Não		U	Z	p
		Ordenação Média	Soma ordenações	Ordenação Média	Soma ordenações			
Conceito e História	CD	28,38	113,50	14,80	414,50	8,500	-2,763	0,006*
	CSP	9,00	9,00	6,27	69,00	3,000	-0,744	0,457
Prática de Reiki	CD	26,75	107,00	15,04	421,00	15,000	-2,394	0,017*
	CSP	12,00	12,00	6,00	66,00	0,000	-1,714	0,086
Formação em Reiki	CD	29,75	119,00	14,61	409,00	3,000	-3,080	0,002*
	CSP	11,00	11,00	6,09	67,00	1,000	-1,334	0,182
Reiki no Contexto Profissional	CD	25,38	101,50	15,23	426,50	20,500	-2,055	0,040*
	CSP	9,50	9,50	6,23	68,50	2,500	-0,889	0,374
Conhecimento Total	CD	29,38	117,50	14,66	410,50	4,500	-2,962	0,003*
	CSP	12,00	12,00	6,00	66,00	0,000	-1,602	0,109

H_{3D} - Relação entre a importância da inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE e conhecimentos sobre a terapia

Para o estudo da relação entre a inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE e o nível de conhecimentos sobre a referida terapia foi utilizado o teste de U-MW esquematizado na tabela 18. No que respeita ao grupo dos CD verifica-se que as ordenações médias mais elevadas, a que corresponde um maior nível de conhecimentos, se configuram entre os enfermeiros que consideram importante a inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE, excetuando na dimensão “Formação em Reiki”. No entanto, pela aplicação do teste U-MW, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão “Reiki no Contexto Profissional” (U=11,000; p=0,001), o que comprova uma grande dependência entre esta dimensão do conhecimento e a concordância na integração do Reiki e outras TNC no PCLE, para os enfermeiros que exercem funções nos CD.

Por sua vez, no grupo dos CSP as ordenações médias mais elevadas encontram-se mais divididas entre os enfermeiros que atribuem importância à inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE e os que não atribuem. Os que consideram importante apresentam maiores conhecimentos nas dimensões “Conceito e História” (p=6,79) e “Formação em Reiki” (p=6,57). Os enfermeiros que não consideraram importante, apresentam maiores conhecimentos nas dimensões “Prática de Reiki” (p=6,60), “Reiki no Contexto Profissional”

($p=7,30$) e “Conhecimento Total” ($p=6,60$). No entanto, ainda recorrendo ao mesmo teste, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas o que comprova a independência entre as variáveis em estudo.

Tabela 18: Teste de UMW entre a opinião acerca da importância da inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE e conhecimentos sobre a terapia

Reiki no PCLE		Sim		Não		U	Z	p
		Ordenação Média	Soma ordenações	Ordenação Média	Soma ordenações			
Conceito e História	CD	16,81	437,00	15,17	91,00	70,000	-0,394	0,693
	CSP	6,79	47,50	6,10	30,50	15,500	-0,334	0,739
Prática de Reiki	CD	17,90	465,50	10,42	62,50	41,500	-1,806	0,071
	CSP	6,43	45,00	6,60	33,00	17,000	-0,087	0,930
Formação em Reiki	CD	16,06	417,50	18,42	110,50	66,500	-0,566	0,571
	CSP	6,57	46,00	6,40	32,00	17,000	-0,083	0,934
Reiki no Contexto Profissional	CD	19,08	496,00	5,33	32,00	11,000	-3,286	0,001*
	CSP	5,93	41,50	7,30	36,50	13,500	-0,665	0,506
Conhecimento Total	CD	17,90	465,50	10,42	62,50	41,500	-1,779	0,075
	CSP	6,43	45,00	6,60	33,00	17,000	-0,082	0,935

4 - DISCUSSÃO

Concluída a apresentação e análise dos resultados, cabe-nos agora proceder à sua discussão. No decurso deste capítulo pretendemos, sempre que possível, confrontar os resultados por nós obtidos com estudos de investigação realizados na área das TNC.

Assim, com o presente estudo pretendemos verificar que fatores influenciam o nível de conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki através da aplicação de um questionário de autopreenchimento elaborado pelas pesquisadoras.

Pretendemos apresentar esta discussão de forma estruturada, pelo que a mesma decorrerá de acordo com as hipóteses elaboradas, seguindo o modelo conceptual criado, em que se mostra a inter-relação dos Conhecimentos sobre Reiki, com as variáveis independentes (sociodemográficas, profissionais e contextuais). Faremos apenas as apreciações necessárias relativamente ao “Conhecimento Total”.

A amostra do nosso estudo é predominantemente feminina (63,3%), apresentando, no entanto, 36,7% de participantes do género masculino. A idade média apresentada é de 38,96 anos, onde 38,8% dos enfermeiros têm entre 36 e 43 anos, 30,6% têm menos de 35 anos e 30,6% têm idade superior a 44 anos.

Do total da amostra, 73,5% dos enfermeiros exercem funções nos CD e 26,5% nos CSP.

Em relação às habilitações académicas dos enfermeiros constatámos que 53,0% está habilitado com Licenciatura, 32,7% com uma Pós-Licenciatura e 14,3% com Mestrado. A categoria de Enfermeiro é a que tem maior representatividade com 36,7%, seguida da categoria de Enfermeiro Graduado com 32,7% e por último a categoria de Enfermeiro Especialista com 30,6%.

As Especialidades enumeradas pelos participantes mostram que os enfermeiros da nossa amostra se distribuem da seguinte forma: Reabilitação: 56,25%; Médico-Cirúrgica: 18,75%; e Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica: 18,75%.

Quanto ao tempo de serviço, vimos que 36,7% de enfermeiros exercem funções há menos de 14 anos, 34,7% que exercem há mais de 21 anos e 28,6% exercem entre 15 e 20 anos.

Sabemos que a tendência da Enfermagem é ser uma profissão maioritariamente feminina, facto confirmado pelos nossos dados é também corroborado pela OE (2015) uma vez que os dados estatísticos relativos ao final do ano de 2014 revelaram a existência de 54374 enfermeiras (81,82%) e apenas 12078 enfermeiros (18,17%). Na área abrangida pelo nosso estudo, ou seja, Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda e Viseu, a OE (2015), contou 10069 enfermeiras (79,38%) e 2615 enfermeiros (20,62%), o que de certa forma, vai de encontro aos valores da nossa amostra.

A OE (2015) no seu relatório anual demonstrou que no final de 2014, 48,58% dos enfermeiros a exercer funções no nosso país, possuíam uma idade inferior a 35 anos. Entre os 36 e os 45 anos, estavam 23,33% enquanto, os enfermeiros, com mais de 46 anos, correspondiam a 28,09%. A divergência entre estes valores e os encontrados no nosso estudo será em nossa opinião, consequência da forma de seleção da amostra. A discrepância encontrada é mais visível no número de enfermeiros com menos de 35 anos (valor inferior na nossa amostra) e nos que se encontram entre os 36 e os 43 anos (valor superior na nossa amostra). O nosso estudo inclui mais enfermeiros representativos dos grupos etários acima dos 35 anos em oposição à realidade nacional onde quase metade dos profissionais ativos (48,58%) têm menos de 35 anos.

No entanto encontramos semelhanças com os dados de Bjerså, Victorin & Olsén (2012) no estudo sobre o conhecimento acerca TNC entre profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) a exercer funções em áreas cirúrgicas pois estes concluíram que os participantes apresentavam uma média de idades de 38,0 anos.

Em relação ao local de trabalho e de acordo com os dados estatísticos publicados pela OE (2015), podemos verificar que 51,04% dos enfermeiros exerce funções nos CD, enquanto 11,42% o fazem nos CSP, o que corrobora a diferença percentual encontrada no nosso estudo.

No mesmo levantamento de dados, a OE (2015), mensurou os enfermeiros ativos no território português e verificou que 79,09% se encontrava a exercer funções ao nível de cuidados gerais e 20,91% se encontrava a exercer cuidados especializados, o que está em consonância com os nossos dados.

As especialidades encontradas no nosso estudo apresentam os seguintes valores em relação ao total de enfermeiros especialistas: Reabilitação: 21,04%; Médico-Cirúrgica: 18,17% e Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica: 18,34% (OE, 2015). São valores que

se encontram próximos dos valores nacionais para as especialidades encontradas com exceção da Reabilitação que no nosso caso apresenta maior destaque, uma vez que quer o tema quer a área científica de estudo são a reabilitação.

Os resultados de Ribeiro (2011), no estudo que levou a cabo sobre a autonomia dos enfermeiros mostraram que 71,33% eram apenas Licenciados, 19,34% possuíam uma Pós-Licenciatura e 2,66% Mestrado. Estes dados permitem-nos verificar, que relativamente ao nosso estudo, existe uma diminuição dos enfermeiros com Licenciatura a favor de um aumento dos pós-Licenciados e mestres.

Similarmente, Bento (2012) encontrou o grau de Licenciado como a titularidade mais frequente no seu estudo (63,9%), seguindo-se os enfermeiros habilitados com Especialidade ou Pós-Graduação com 31,1% e por último os enfermeiros com título académico de Mestre (3,3%).

Verificámos que os conhecimentos mais elevados sobre Reiki estão associados aos enfermeiros com mais idade tanto para os que exercem funções nos CD como nos CSP, no entanto as diferenças foram estatisticamente significativas apenas para a dimensão “Conceito e História” ($p=0,023$) para o primeiro grupo.

Trata-se de uma informação que corrobora os achados de Policarpo (2012) uma vez que este verificou no estudo que desenvolveu com estudantes de Enfermagem que maiores conhecimentos relacionados com algumas TNC, onde o Reiki se encontrava incluído, estavam associados a maior idade e ao ano mais avançado no curso.

Aferimos, também, maior nível de conhecimentos, entre os enfermeiros dos CD do género masculino para todas as dimensões do conhecimento e para o “Conhecimento Total”. Por sua vez, as enfermeiras dos CSP demonstram mais conhecimentos num maior número de dimensões, no entanto, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o género e os conhecimentos sobre Reiki nesta investigação.

Já Kilic et al (2009) verificaram diferenças estatisticamente significativas, estando o género feminino mais habilitado com conhecimentos sobre várias TNC incluindo o Reiki, que o masculino, entre estudantes de medicina na Turquia (do primeiro ao sexto ano). Em oposição, o estudo de Pereira (2009) com estudantes de Enfermagem do quarto ano revelou que 44% afirmou saber o que é o Reiki, pertencendo, estes, maioritariamente, ao género masculino.

Relativamente às habilitações literárias, maiores conhecimentos foram apresentados pelos enfermeiros habilitados com Mestrado e os mais baixos pelos enfermeiros habilitados com a Licenciatura, excetuando na dimensão “Reiki no Contexto Profissional” tanto no grupo a exercer funções nos CD como no grupo a exercer funções nos CSP. Contudo, só se

verificou diferença estatisticamente significativa para a dimensão “Conceito e História” ($p=0,032$) relativamente ao primeiro grupo de enfermeiros.

Para o grupo a exercer funções nos CD, os maiores conhecimentos estiveram associados aos Enfermeiros Especialistas, nas dimensões “Prática do Reiki”, “Reiki no Contexto Profissional” e “Conhecimento Total”. Para estas três dimensões, os conhecimentos mais baixos pertencem aos enfermeiros com a categoria profissional de Enfermeiro. No entanto, observámos diferenças estatisticamente significativas apenas para a dimensão “Conceito e História” ($p=0,019$), em que as ordenações médias mais altas pertencem aos Enfermeiros Graduados e as mais baixas aos Enfermeiros no grupo que exerce funções nos CD.

Verificámos maiores conhecimentos associados aos enfermeiros que exercem funções há mais tempo, tanto para o grupo que exerce funções nos CD como para o que exerce nos CSP. As diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas apenas para a dimensão Conceito e História ($p=0,032$), para os enfermeiros a exercer funções nos CD.

Quando questionados sobre se ouviram ou não falar sobre Reiki, verificámos que 89,8% responde sim. Estes valores refletem a grande divulgação a que temos assistido nos últimos tempos sobre o Reiki como TNC. Contudo, encontrámos ainda 10,2% de enfermeiros que referiram nunca ter ouvido falar sobre o tema.

Estes resultados estão em sintonia com os de Pereira (2009) que nos diz que, 72% de alunos do quarto ano da licenciatura em enfermagem que já tinham ouvido falar de Reiki ao contrário de 28% não tinha ouvido falar sobre esta terapia. Embora ainda estudantes, uma grande percentagem de futuros enfermeiros já estava desperto para a existência desta TNC. Dos alunos que referiram nunca ter ouvido falar de Reiki todos revelaram interesse em saber o que é. Estes estudos mostram a expansão do Reiki entre os alunos de Enfermagem quando comparado com os resultados de Trovo et al (2003) quando verificou que apenas 6% da sua amostra, de estudantes de enfermagem brasileiros, alguns dos quais a frequentar unidade curricular na área das TNC, conhecia o Reiki.

No entanto, encontramos resultados contraditórios como por exemplo, Policarpo (2012), num estudo sobre a integração das medicinas alternativas e complementares no Plano Nacional de Saúde levado a cabo numa amostra de estudantes de enfermagem em Lisboa (do primeiro e do quarto anos), apurou valores aparentemente baixos em relação ao Reiki. Entre 20 terapias apresentadas ao grupo, para verificarem quais seriam as mais conhecidas, o Reiki aparece em nono lugar atrás de terapias como hipnoterapia, tai chi e reflexologia. Pelo contrário Alves (2012) verificou no seu estudo, sobre os contributos das

medicinas alternativas na prestação de cuidados de Enfermagem com estudantes do quarto ano, que o Reiki foi a segunda terapia mais conhecida, apenas atrás da acupunctura, num leque de 12 terapias.

Hassan et al (2014) verificaram que 88,8% das enfermeiras participantes já ouviram falar de TNC. Destas, 93,5% pensam que as TNC podem ajudar os utentes, 24,3% recomendam-nas frequentemente (aos utentes) e 84,9% alertaria a instituição onde trabalha para a introdução de TNC como parte integrante no tratamento de doenças oncológicas. Verificaram, ainda neste estudo, que 95,5% das enfermeiras gostaria de ter mais conhecimentos acerca de TNC.

Constatámos também que a primeira fonte de informação acerca de Reiki, para os enfermeiros que participaram no nosso estudo, foram os Amigos com 40,9%, seguidos das Ações de Formação e da Televisão, cada uma com 20,5% e por último a *Internet*, Revistas e outros com 18,1%. Os resultados encontrados não foram explicativos para o conhecimento acerca desta terapia o que confirma a inexistência de relação de dependência com a primeira fonte de informação.

No estudo de Zanini et al (2008) 60,6% das enfermeiras participantes referiram os livros como fonte principal dos conhecimentos que têm sobre TNC. Outras fontes de informação referidas foram, outros Profissionais de Saúde (50,0%), *Internet* (48,9%), *Workshops* e Seminários (29,8%), Formação para Enfermeiros (17,0%) e Revistas especializadas (5,3%). Já Brown et al (2007) verificaram que as fontes de informação utilizadas pelos profissionais de saúde participantes para melhorar os conhecimentos sobre TNC foram a *Internet* e Amigos/Familiares em detrimento de literatura especializada.

Mais recentemente, Cooke et al (2011) verificaram no seu estudo, realizado com uma amostra de enfermeiras de cuidados intensivos, que as fontes de informação mais utilizadas como forma de obter conhecimentos sobre TNC foram a *Internet* (79.7%), outros Profissionais de Saúde (79.1%), Revistas especializadas de enfermagem (76.8%), outros Enfermeiros (76.4%) e meios de comunicação social como Televisão, Rádio, Jornais e Revistas (61.2%). Um número escasso de enfermeiras referiu ter obtido esta informação em atividades de formação específica, o que poderá conduzir à falta de conhecimentos com bases teóricas sólidas.

Sabemos que entre os mais jovens, as novas tecnologias de informação de fácil acesso, são os meios que mais privilegiam para a aquisição de novos conhecimentos em detrimento dos contactos pessoais. Pereira (2009) confirmou que para os futuros enfermeiros a *Internet* foi a principal fonte de informação acerca de Reiki (21,51%), seguida da Televisão (17,72%), das Revistas (16,46%), dos Amigos (15,19%), dos Livros e Jornais

(ambas com 10,13%), das Ações de Formação (3,80%), da Universidade (2,53%), de Familiares (1,26%) e de Experiência com Reiki (1,26%).

Da mesma forma, Kilic et al (2009) averiguaram que os estudantes de medicina obtinham informação acerca de TNC maioritariamente através da *Internet*, seguida de Livros, Jornais e através de Rádio e Televisão. Estes autores não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as fontes de conhecimento e o género na sua investigação sobre conhecimentos e atitudes face às TNC.

Em oposição, Machado (2012), num estudo exploratório sobre a importância do Reiki para os alunos do CLE (onde participaram alunos dos quatro anos de uma escola portuguesa), verificou que Amigos/Colegas foi a opção que obteve o maior número de respostas pelos participantes quando questionados acerca da origem do seu conhecimento sobre Reiki. Neste estudo, é de salientar, que o CLE também aparece como fonte de conhecimentos sobre o Reiki, assinalado pelos alunos dos quatro anos da licenciatura. Também Alves (2012) encontrou no seu estudo participantes que assinalaram como fonte de informação Ensino Clínico e outros (13,0%), Universidade (8,7%) e Professores (4,3%). Estes dados revelam que já existe no contexto escolar abertura e/ou formação para a abordagem de TNC formal e/ou informalmente.

Trovo et al (2003) na sua investigação sobre conhecimentos sobre TNC entre os alunos de enfermagem no Brasil, confirmaram também que os alunos obtêm a maior parte do conhecimento através de Revistas, de Livros, da Televisão e através de Amigos e Colegas.

Relativamente à questão se “recebeu tratamento com reiki pelo menos uma vez” verificámos que 20,5% dos enfermeiros respondeu positivamente.

Constatámos também que os enfermeiros a exercer funções nos CD e que receberam tratamento com Reiki apresentaram conhecimentos mais elevados em todas as dimensões e também para o “Conhecimento Total”. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões, “Prática de Reiki” ($p=0,003$), “Formação em Reiki” ($p=0,036$), “Reiki no Contexto Profissional” ($p=0,007$) e “Conhecimento Total” ($p=0,006$). Em oposição, os enfermeiros que exercem funções nos CSP e que nunca realizaram tratamento de Reiki, apresentaram ordenações médias superiores, sem, no entanto, se verificarem diferenças estatisticamente significativas.

O estudo de Pereira (2009) também mostrou que 19,0% dos alunos do quarto ano do CLE já tinham recebido tratamento de Reiki, assim como o de Machado (2012) onde 26,32% de alunos do CLE já tinham sido submetidos a tratamento de Reiki. Estes valores

demonstram um aumento do interesse ou adesão das camadas mais jovens da população que são, ao mesmo tempo, futuros profissionais de saúde pelo Reiki.

Um estudo levado a cabo por Carvalho, Lopes & Gouveia (2012), sobre a população portuguesa, mostrou que 10 a 15% da amostra também já tinha recorrido ao Reiki pelo menos uma vez.

A adesão de outros profissionais de saúde às TNC também tem sido estudada. Veja-se o exemplo de Chang et al (2011) que nos dizem que 80,0% dos farmacêuticos, 49,2% dos enfermeiros, 37,0% dos fisioterapeutas e 28,8% dos médicos participantes no estudo, já tinham recorrido alguma vez às TNC. Estes investigadores reuniram no mesmo estudo, doentes oncológicos, voluntários sem doença oncológica e profissionais de saúde (envolvidos no tratamento de doentes com cancro) e encontraram valores de prevalência na adesão às TNC, respetivamente, de 29,1%, 30,9% e 39,7%, onde os profissionais apresentam valores superiores aos utentes.

Especificamente numa população de enfermeiros, em Hong Kong, Xue et al (2008) verificaram que 80% dos participantes no seu estudo, já tinham recorrido a pelo menos uma TNC. Mais recentemente, Buchan (2012) verificou que 41% das enfermeiras estava a recorrer a uma TNC no momento do estudo.

O nosso estudo revelou que apenas 11,4% dos enfermeiros já tinha feito “iniciação em Reiki”, não obstante o baixo valor, consideramos existir um pequeno progresso face aos dados do passado, e mesmo em relação aos resultados de outros estudos onde os valores são ainda mais baixos. Por exemplo, Pereira (2009) encontrou apenas 9,30% de iniciados e Machado (2012) não encontrou nenhum iniciado em Reiki entre os alunos do CLE que participaram no seu estudo.

Saliente-se que tanto no grupo que exerce funções nos CD como no dos CSP, os maiores índices de ordenação média se verificam naqueles que receberam iniciação em Reiki tanto no “Conhecimento Total” como nas restantes dimensões. No entanto, confirmam-se diferenças estatisticamente significativas apenas para o primeiro grupo, em “Conceito e História” ($p=0,006$), “Prática de Reiki” ($p=0,017$), “Formação em Reiki” ($p=0,002$), “Reiki no Contexto Profissional” ($p=0,040$) e “Conhecimento Total” ($p=0,003$), confirmando-se a hipótese para este grupo.

Dos enfermeiros que receberam iniciação em Reiki constatámos que 40,0% tem o Nível 1, 40,0% o Nível 2 e 20,0% o Nível 3. De referir que destes enfermeiros 40,0% eram especialistas de Reabilitação o que mostra que existe alguma sensibilidade inerente para o Reiki, que para além de ter uma visão holística da pessoa, utiliza as mãos como recurso

para a sua aplicação. Por outro lado, Pereira (2009) no seu estudo tinha verificado que todos os alunos de enfermagem iniciados em Reiki tinham o Nível 1.

Os resultados são similares aos de Policarpo (2012) visto que numa amostra de estudantes de Enfermagem em Lisboa ele verificou que apenas 2,7% da amostra tinha formação em Reiki, embora 51,1% tivesse manifestado interesse em receber formação adicional nesta terapia. Ainda no mesmo estudo, o Reiki surge em quarto lugar (com a meditação, e a aromaterapia) como a terapia onde mais gostariam de exercer como profissionais.

Também na investigação de Bjerså, Victorin & Olsén (2012), foram apurados apenas 8,5% dos participantes com formação em alguma TNC. Destes profissionais, apenas 1,8% utilizam os conhecimentos das TNC na sua prática clínica diária enquanto 4,9% os utilizam no seu tempo livre.

A baixa adesão a esta TNC, entre os futuros profissionais de saúde, é confirmada por Yeo et al (2005) citados por Machado (2012), num estudo sobre perceções acerca das TNC nos alunos de medicina em Singapura, quando verificaram que 87% da amostra nunca tinha frequentado nenhum curso de medicina alternativa.

Estes resultados são corroborados por Buchan et al (2012) que revelaram que 93% das enfermeiras participantes não tinha qualquer formação específica em TNC.

Pela análise dos dados constatamos que a maioria dos enfermeiros considera importante a “inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE”, havendo 75,0% a favor e 25,0% que não apoiam essa inclusão.

O grupo de enfermeiros a exercer funções nos CD um maior nível de conhecimentos, considera importante a inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE. No entanto, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão “Reiki no Contexto Profissional” ($p=0,001$). Por sua vez, no grupo dos enfermeiros dos CSP, as ordenações médias mais elevadas encontram-se distribuídas pelos enfermeiros que atribuem importância à inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE e pelos que não atribuem, não se verificando diferenças estatisticamente significativas.

Os nossos resultados vão de encontro ao de Pereira (2009), que na sua investigação, verificou que 48,84% dos alunos do quarto ano do CLE inquiridos consideram “Bastante Importante” e 23,26% consideram “Muito Importante” a inclusão do Reiki no PCLE.

Em menor concordância, Machado (2012) verificou que entre os alunos do CLE que participaram no seu estudo, 52,63% atribuíram uma “Importância Intermédia” à existência de

uma unidade curricular sobre Reiki no CLE, embora tenham considerado “Muito Importante”, 10,53% e “Bastante Importante”, 21,05% dos alunos.

No entanto, Trovo et al (2003) concluíram que 94% dos alunos questionados concordaram com a introdução de unidades curriculares de TNC no plano de estudos.

Quando solicitados a justificar a sua opção, os enfermeiros que participaram no nosso estudo, expuseram como principais fundamentos, “complementar/potenciar os cuidados de enfermagem”; “alargar o conhecimento a outras áreas”; “medida não farmacológica para o tratamento da dor e para relaxamento”; “aumentar a qualidade de vida dos doentes”; “técnica não invasiva, simples e com procedimentos específicos”; “enfermagem é uma ciência holística”; “intervenção autónoma de enfermagem”; “alternativa aos cuidados convencionais”; “saturação em relação à medicina convencional”; “a margem de aceitação e tolerância pela população é bastante aceitável”; “ferramenta de auto-cura”.

No mesmo sentido, os alunos do CLE (Machado, 2012), por sua vez, justificaram a sua concordância uma vez que poderá ser: “aumento de competências do enfermeiro”; “é um apoio fundamental pois já existem estudos que comprovam a melhoria do utente”; “sensibiliza os alunos para técnicas não medicamentosas” e “ainda não é bem percecionado por todos, apenas deverá ser abordado de acordo com a vontade de cada um”.

Estes alunos, quando questionados acerca da importância que atribuem ao Reiki como complemento aos cuidados de enfermagem deram como principais respostas as seguintes: “ajuda na tolerância do tratamento e terapêutica”; “ajuda no equilíbrio mental”; “mais-valia para utentes, profissionais e alarga intervenções em benefício do utente” e “relaxamento do utente”. Pensam ainda que o Reiki seria facilmente aplicado na prestação de cuidados (70,0%) e concordam com a integração desta terapia como complemento na prestação de cuidados (100,0%) (Machado, 2012).

Já em 2009 Pereira, verificou que 70,0% dos alunos do quarto ano do CLE afirmavam que seria fácil a aplicação do Reiki na prestação de cuidados de Enfermagem, o que é corroborado por Cavalheiro (2003), quando refere que algumas das TNC podem ser facilmente introduzidas na enfermagem no âmbito das suas intervenções interdependentes.

No estudo levado a cabo por Policarpo (2012), os resultados vão mais longe pois 85,33% dos inquiridos concorda com a integração das TNC no próprio Plano Nacional de Saúde.

Em oposição, os enfermeiros do nosso estudo justificam a sua discordância na introdução do reiki e outras TNC no PCLE, com os seguintes motivos: “sem evidência científica confirmada”; “intervenção muito específica”; “deverá fazer formação complementar quem estiver interessado” e “disciplina esotérica”. Também no mesmo sentido Machado

(2012) encontrou entre os alunos de enfermagem as seguintes razões: “irrelevante” e “por não ser científico”.

Mendes (2002) citado por Mendes (2003, p. 207) refere que é urgente

“(…) reorientar a formação em Enfermagem para responder às novas exigências dos sistemas de cuidados de saúde, o que implica trabalhar o currículo formal integrando as terapias não convencionais e (...) que os professores de enfermagem também se adaptem às novas filosofias do cuidar em Enfermagem, procurando a base científica das práticas mais adequadas à filosofia de cuidados de saúde para o século XXI”.

Já Trovo et al (2003, p. 486) verificaram que o conhecimento sobre as TNC, entre os alunos de Enfermagem, acontece majoritariamente através de meios “(...) do «senso comum» (...) uma vez que esse conhecimento faz parte do «saber popular» e não do «saber oficial» do aluno”. Neste estudo, nenhum aluno apresentou a base científica das TNC como justificção para a sua indicação a outras pessoas, mas apenas as suas próprias crenças e vivências. De acordo com os autores, a sua indicação, de forma profissional, deveria ser a fundamentada em bases científicas sólidas como “(...) qualquer outra intervenção de enfermagem prescrita pelo enfermeiro (p. 488), uma vez que essa literatura existe.

Conhecimentos dos enfermeiros sobre reiki

Verificamos que os enfermeiros têm melhores conhecimentos sobre Reiki na dimensão “Prática do Reiki” enquanto, associada aos menores conhecimentos está a dimensão “Reiki no Contexto Profissional”.

Verifica-se ainda, que os conhecimentos dos enfermeiros dos CD são superiores aos dos enfermeiros a exercer funções nos CSP em todas as dimensões e no “Conhecimento Total”.

Relativamente ao “Conhecimento Total” para a nossa amostra constatamos que 59,1% dos enfermeiros possui “razoáveis conhecimentos”, 38,6% possui “altos conhecimentos” e 2,3%, “baixos conhecimentos” sobre Reiki.

Os conhecimentos dos enfermeiros que participaram no estudo de Bjerså, Victorin & Olsén (2012), foram divididos em quatro categorias (nenhuns conhecimentos, poucos conhecimentos, bons conhecimentos e completos conhecimentos). Englobados nas duas primeiras categorias, ou seja, com poucos ou nenhuns conhecimentos ficaram classificados 95,7% dos participantes, embora 80,9% valorizasse a importância de ter conhecimentos e

55,8% estivesse interessado em fazer formação na área das TNC. Entre os profissionais que participaram no estudo, os enfermeiros foram os que consideraram menos importante ter conhecimentos sobre TNC. Em relação ao Reiki, apenas 3,2% dos profissionais que participaram, o recomendariam aos seus utentes, provavelmente, apenas aqueles que têm formação específica.

Este estudo veio corroborar o de Chang et al (2011) que revelou que 58,8% dos profissionais de saúde tem a percepção de não possuir os conhecimentos adequados e 79,2% não está a par da melhor evidência em relação ao uso das TNC em oncologia. Já Brown et al (2007) tinha verificado que os profissionais de saúde que participaram na sua investigação tinham conhecimentos limitados e pouca experiência com as TNC, sentindo-se deste modo inseguros a falar sobre elas com os seus utentes.

Já anteriormente, Yeo et al (2005) citados por Machado (2012), concluíram que alunos de medicina de Singapura, mesmo referindo que conheciam o Reiki, apresentaram conhecimentos limitados. À mesma conclusão chegou Policarpo (2012) quando relata que os resultados obtidos demonstram que os futuros enfermeiros têm pouca informação e poucos conhecimentos sobre as TNC.

Ao contrário destes estudos está o de Zanini et al (2008) onde 60,6% das enfermeiras participantes referiram ter conhecimentos sobre TNC.

Trovo et al (2003) ficaram surpresos quando verificaram o desconhecimento que os futuros enfermeiros têm acerca de aspetos legais relacionados com as TNC e a enfermagem. Também na nossa amostra os conhecimentos relativos à dimensão “Reiki no Contexto Profissional” foram os mais baixos.

Estes autores alertam também para a necessidade de esclarecimento dos futuros enfermeiros durante a sua formação académica que se deve adaptar/atualizar. Acrescentam, ainda, que a formação dos alunos não pode ser limitada ou mesmo ignorada só por haver poucos docentes com conhecimentos nestas temáticas.

5 – CONCLUSÕES

A história da humanidade já mostrou em diversas ocasiões que a verdade não é imutável. O que num momento é real e absoluto, mais tarde pode não o ser, comprovando-se em múltiplas situações ser exatamente o oposto.

A área da saúde não é exceção ao que fica dito, vejamos a título de exemplo o caso de alguns medicamentos considerados em determinado momento eficazes e seguros mas que num segundo, são retirados do mercado por terem ocorrido situações novas e adversas apenas detetadas durante o seu uso alargado em seres humanos (Cavalheiro, 2003). Estas diferentes visões fazem parte do desenvolvimento do homem e das sociedades e há que estar recetivo a elas.

Sabemos que o Reiki ainda hoje é visto por alguns como algo demasiado esotérico para ser enquadrado nos cuidados de saúde atuais, porém poderá constituir amanhã uma prática corrente. Claro que tanto o Reiki como todas as terapias que têm surgido na nossa realidade nos últimos anos precisam de ser analisadas pela comunidade científica de modo a diminuir a desconfiança e desconhecimento ainda existentes.

Esta análise será benéfica, uma vez que trará à luz todos os benefícios e indicações para o seu uso. Facilitará, também, a sua melhor aceitação nos serviços de saúde e pelos profissionais de saúde, para se tornar uma técnica disponível e alargada a quem a ela queira recorrer.

Natherson (2012) considera que a Reabilitação é, por definição, uma especialidade integrativa e holística da Enfermagem. É bastante comum, nos seus cuidados especializados, integrar utente, família e comunidade. Acrescenta que, embora a Reabilitação apresente algumas vertentes sofisticadas em áreas como a neurociência e a engenharia, está também bastante ancorada no toque, vertente simples e sem tecnologia, como intervenção essencial.

Partilhamos a convicção de Martins (2003) ao considerar que a abordagem holística da Enfermagem de Reabilitação consiste numa avaliação, atendimento e encaminhamento do utente, observando sempre os aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais e financeiros, numa aliança que converge os cuidados de Enfermagem, à satisfação das necessidades da população a que se dirige. Além disso a Enfermagem de Reabilitação

detém um âmbito de intervenção reconhecido e capaz de dar resposta a novas exigências a nível dos cuidados e às necessidades dos utentes, adaptando-se a qualquer realidade e inovação.

Com base nos pressupostos descritos, relembramos que o presente estudo tinha como objetivo geral avaliar os conhecimentos dos enfermeiros sobre Reiki e determinar relação entre estes conhecimentos e os fatores sociodemográficos, profissionais e contextuais e por isso iremos sintetizar as principais conclusões.

- A população estudada pertence maioritariamente ao género feminino (63,3%) e tem uma média de idade de 38,96 anos.

- Relativamente às características profissionais, a maioria da amostra é detentora da Licenciatura, com a categoria profissional de Enfermeiro e a exercer funções há menos de 14 anos.

- Verificamos que quem já ouviu falar de Reiki (92,3%) pertence maioritariamente ao género feminino, tem idade inferior a 35 ou superior a 44 anos, é Licenciado, tem a categoria profissional de Enfermeiro e exerce funções há menos de 14 anos. Quem não ouviu falar de Reiki, pertence maioritariamente ao género feminino, tem entre 36 e 43 anos, é Licenciado, tem a categoria profissional de Enfermeiro Graduado ou Enfermeiro Especialista e exerce funções há 15 a 20 anos.

- A fonte de informação primária sobre Reiki foram os Amigos, a maioria nunca fez tratamento com Reiki, não tem sequer iniciação, contudo, considera importante a sua inclusão no PCLE.

- Os principais motivos apresentados pelos participantes para a inclusão desta terapia no PCLE foram: a possibilidade de complementar e/ou potenciar os cuidados de Enfermagem, o alargamento do conhecimento da Enfermagem a outras áreas, o constituir uma medida não farmacológica para o tratamento da dor, uma técnica de relaxamento, um meio propiciador do aumento da qualidade de vida dos doentes, e o facto da Enfermagem se constituir como uma ciência holística com intervenções autónomas.

- Paralelamente, os enfermeiros que não consideraram importante a inclusão do Reiki e/ou outras terapias complementares no PCLE alegam o facto de não ter evidência científica confirmada, por tratar-se de uma intervenção muito específica e esotérica e ser formação que consideram complementar e por isso só deve fazê-la quem na verdade estiver interessado.

- Os enfermeiros que fizeram iniciação em Reiki distribuem-se pelo Nível 1 e Nível 2 com o mesmo valor percentual 40,0% enquanto os restantes 20,0% tem o Nível 3. Destes

enfermeiros iniciados, 80,0% exerce funções nos CD, 40,0% são enfermeiros de Reabilitação e têm iniciações em Reiki Essencial e no Sistema *Usui Shiki Ryoho*.

- Os melhores conhecimentos sobre Reiki foram encontrados na dimensão “Prática do Reiki” e em oposição os menores estavam ligados à dimensão “Reiki no Contexto Profissional”. Contudo, o grupo que exerce funções nos CD mostrou ter os melhores conhecimentos em todas as dimensões e no “Conhecimento Total”.

- Em termos globais, tanto os enfermeiros a exercer funções em CD como em CSP apresentam maioritariamente conhecimentos classificados como razoáveis.

A análise da associação entre variáveis que observámos através de relações estatísticas com significância foram as que passamos a discriminar:

- Encontrámos associação entre grupos etários e conhecimentos sobre Reiki, nos enfermeiros a exercer funções nos CD, apenas na dimensão “Conceito e História”, onde os maiores conhecimentos estavam associados aos enfermeiros com mais idade.

- As habilitações literárias e conhecimentos sobre Reiki, nos enfermeiros a exercer funções nos CD, apenas na dimensão “Conceito e História”, onde os maiores conhecimentos estavam associados aos enfermeiros com Mestrado.

- A categoria profissional e conhecimentos sobre reiki, nos enfermeiros a exercer funções nos CD, apenas na dimensão “Conceito e História”, onde os maiores conhecimentos estavam associados aos Enfermeiros Graduados.

- O tempo de serviço e conhecimentos sobre Reiki, nos enfermeiros a exercer funções nos CD, apenas na dimensão “Conceito e História”, onde os maiores conhecimentos sobre Reiki estavam associados aos enfermeiros que trabalham há mais de 21 anos.

- Ter recebido tratamento com Reiki e conhecimentos sobre a terapia, nos enfermeiros a exercer funções nos CD, sobretudo nas dimensões, “Prática de Reiki”, “Formação em Reiki”, “Reiki no Contexto Profissional” e “Conhecimento Total” onde os maiores conhecimentos estavam associados aos enfermeiros que receberam.

- Ter iniciação em Reiki e conhecimentos sobre a terapia, nos enfermeiros a exercer funções nos CD, em todas as dimensões e “Conhecimento Total” onde os maiores conhecimentos estavam associados aos enfermeiros que têm iniciação, confirmando-se a hipótese para este grupo.

- Inclusão do Reiki e/ou outras TNC no PCLE e conhecimentos sobre Reiki, nos enfermeiros a exercer funções nos CD, apenas para a dimensão “Reiki no Contexto

Profissional”, onde os maiores conhecimentos estavam associados aos enfermeiros que consideraram importante a sua inclusão.

Em oposição, as variáveis onde não encontramos relações estatísticas significativas, logo independentes dos conhecimentos sobre o Reiki foram o género e a primeira fonte de informação sobre o tema.

Apesar de considerarmos muito validos os resultados do estudo temos consciência da existência de algumas limitações que passamos a considerar.

Tratando-se de uma amostra por conveniência, não nos é permitido generalizar as conclusões obtidas para a população dos enfermeiros portugueses. Depois, dada a fraca adesão dos enfermeiros ao preenchimento de questionários trabalhámos sobre uma amostra reduzida o que também não nos permitiu utilizar outro tipo de tratamento estatístico inferencial.

O facto de o questionário ter sido elaborado pelas investigadoras, e numa primeira experiência, constitui sempre um risco que pode ser acompanhado de algumas debilidades, apesar da preocupação que tivemos na realização de pré-teste.

Trata-se de um tema original e por isso pertinente e desafiador, contudo deparámo-nos com a dificuldade em encontrar estudos que nos permitissem comparações de resultados de forma inequívoca. De facto encontramos vários estudos sobre os conhecimentos de Reiki e outras TNC, mas cada investigação usava o seu próprio instrumento de avaliação com as conseqüentes limitações aos níveis comparativos. Similarmente a pesquisa bibliográfica encontrada mostrava grande volume de informação sobre o Reiki, não obstante, poucos traduziam a realidade portuguesa com as dificuldades que essas circunstâncias acarretam.

Assim, face às questões colocadas e na prossecução do desejo em contribuir de forma positiva pra o aumento do conhecimento científico propomos:

- A realização de outros estudos mais abrangentes que traduzam a realidade portuguesa no recurso à terapia de Reiki e a outras TNC.

- A realização de estudos que permitam quantificar ganhos obtidos com o uso do Reiki comparados com os cuidados convencionais.

- Sensibilizar enfermeiros, profissionais de saúde e responsáveis pelo ensino e formação em saúde para os benefícios da introdução destas temáticas nos programas curriculares dos cursos e no estabelecimento de parcerias de investigação relativas ao Reiki na vertente dos cuidados.

Em jeito de conclusão diremos que o descrédito na medicina convencional e o facto de apresentar menos riscos para a saúde, foram alguns dos motivos apresentados pelos estudantes de enfermagem em estudos desenvolvidos em Portugal para recorrer ao Reiki. Ora, se este é o sentir de futuros enfermeiros acreditamos que muita coisa irá mudar nos próximos anos na saúde e no contexto profissional, ou então muita insatisfação se sobreporá ao exercício das suas funções.

Por outro lado, estamos convictos que encontraremos no futuro utentes com outro tipo de conhecimentos e de necessidades aos quais inevitavelmente prestaremos cuidados que abranjam outras técnicas de intervenção terapêutica. Aliás referimos no estudo dados em que utilizadores de TNC (entre doentes oncológicos, voluntários sem doença oncológica e profissionais de saúde) recorreram ao seu uso quer por iniciativa pessoal quer por indicação médica.

Finalizamos, desejando que esta investigação e outras pesquisas, se constituam pontos de partida que contribuam para uma mudança efetiva no sentido do sistema de saúde e dos seus profissionais (em especial os enfermeiros de Reabilitação) responderem cabalmente às diferentes necessidades de cuidados aos utentes, famílias e comunidade em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A.J.C. (2013). *Perturbações músculo-esqueléticas no adolescente*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viseu).
Acedido em
<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2055/1/ALMEIDA%2c%20Artur%20Jorge%20Correia%20-%20Disserta%c3%a7%c3%a3o%20mestrado.pdf>

- Alves, S.C.F. (2012). *Contributos das medicinas alternativas na prestação de cuidados de enfermagem*. (Dissertação para obtenção de Licenciatura. Universidade Fernando Pessoa). Acedido em
<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3644/1/Projeto%20Gradua%C3%A7%C3%A3o%20Final%20Silvana%20Alves%2019586%20UFP.pdf>

- APR (2010): Código Deontológico para Terapeutas de Reiki. *Associação Portuguesa de Reiki*. Acedido em
http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.associacaoportuguesadereiki.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2013%2F07%2Fcodigo_deontologico_-_julho_2010.pdf&ei=HONkVLIPzedqoLyC0AY&usg=AFQjCNFGjZp2ET80rHbJgHIVRNd2v7RLZg&bvm=bv.79189006,d.ZGU

- APR (2012): Os níveis de Reiki. *Associação Portuguesa de Reiki*. Acedido em
<http://www.associacaoportuguesadereiki.com/reiki/reiki-em-portugal/2012/11/09/os-niveis-de-reiki/>

- APR (2013): O que é Reiki e o que não é. *Associação Portuguesa de Reiki*. Acedido em <http://www.associacaoportuguesadereiki.com/reiki/reiki-em-portugal/2013/03/05/o-que-e-reiki-e-o-que-nao-e-reiki/>
- APR (2013a): Reiki em Hospitais *Associação Portuguesa de Reiki*. Acedido em <http://www.associacaoportuguesadereiki.com/reiki/reiki-em-portugal/category/reiki-em-hospitais/page/2/>
- APR (2013b): Norma Portuguesa da Prática da Terapia Complementar Reiki a clientes/utentes (NPTCR-01). *Associação Portuguesa de Reiki*. Acedido em <http://associacaoportuguesadereiki.com/reiki/files/NPTCR-01-2013.pdf>
- APRE (2011): Código Ético para Terapeutas de Reiki Essencial. *Associação Portuguesa de Reiki Essencial*. Acedido em <http://www.apre.pt/index.php/documentos-privados-apre/3-codigo-etico-terapeutas-de-reiki-apre-cetre-0610>
- Bento, M.C.B.F. (2012). *Relação entre Inteligência Emocional e Burnout nos Enfermeiros de Hemodiálise: Um estudo exploratório*. (Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria). Acedido em <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3372/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20final%20Marta%20Bento%20%28suporte%20digital%29.pdf?sequence=1>
- Bjerså, K., Victorin, E.S. & Olsén, M.F. (2012). Knowledge about complementary, alternative and integrative medicine (CAM) among registered health care providers in Swedish surgical care: a national survey among university hospitals. *BMC Complementary and Alternative Medicine Open Access*, 12(42), doi:10.1186/1472-6882-12-42.
- Bos, I.B.C.K., Hoving, J.L., van Tulder, M.W., Mólken, M.P.M.H.R., Adèr, H.J., de Vet, H.C.W.,& Bouter, L.M. (2003). Cost effectiveness of physiotherapy, manual therapy, and general practitioner care for neck pain: economic

- evaluation alongside a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 326(7395), 911-916. <http://dx.doi.org/10.1136%2Fbmj.326.7395.911> Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC153837/pdf/911.pdf>
- Brown, J., Cooper, E., Frankton, L., Steeves-Wall, M., Gillis-Ring, J., Barter, W., ... & Fernandez, C. (2007). Complementary and alternative therapies: survey of knowledge and attitudes of health professionals at a tertiary pediatric/women's care facility. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 13(3), 194-200. Abstract. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17631262?dopt=Abstract>
- Buchan, S., Shakeel, M., Trinidad, A., Buchan, D. & Ah-See, K. (2012). The use of complementary and alternative medicine by nurses. *British Journal of Nursing* 21(11), 672–675. DOI: <http://dx.doi.org/10.12968/bjon.2012.21.11.672>. Acedido abstract em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22875353>
- Burke, S. (2010). Reiki: ancient healing art for today's new healthcare vision. *American Nurse Today*, 5(3), 68-69. Acedido em <https://www.americannursetoday.com/assets/0/434/436/440/6276/6334/6346/6374/4ab85f0a-90c2-44e6-bdac-7ea51fa033a1.pdf>
- Cardoso, E.C. (2013). *Reiki: Terapia Complementar no Sistema de Saúde*. (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto – Faculdade de Farmácia). Acedido em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.associacaoportuguesadereiki.com%2Fwp-content%2Fuploads%2F2014%2F07%2FMonografia-reiki-erica-cardoso.pdf&ei=yOleVfGqCvGP7AaZvYGQDQ&usq=AFQjCNGm4_fC4Jgane7JJQ-wllkGUzqzw
- Carvalho, C., Lopes, SC. & Gouveia, M.J. (2012). Utilização de medicinas alternativas e complementares em Portugal: desenvolvimento de uma ferramenta de

avaliação. *Psychology, Community & Health*, 1(1), 81-94.

doi:10.5964/pch.v1i1.10.

- Catlin, A. & Taylor-Ford, R. (2011). Investigation of standard care versus sham reiki placebo versus actual reiki therapy to enhance comfort and well-being in a chemotherapy infusion center. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), E212-E220.
Acedido em [http://www.sonoma.edu/users/c/catlin/AC0511.InvestigationofStandard\[1\].pdf](http://www.sonoma.edu/users/c/catlin/AC0511.InvestigationofStandard[1].pdf)
- Cavalheiro, P. (2003). Reiki. In Cruz, A.G. Malta, J.A.S. & Oliveira, L.M.N. (Ed.), *Terapias naturais na prática de enfermagem*. (pp. 75-84). Coimbra: Formasau.
- Chang, K.H., Brodie, R., Choong, M.A., Sweeney, K.J. & Kerin, M.J. (2011). Complementary and alternative medicine use in oncology: A questionnaire survey of patients and health care professionals. *BMC Cancer*, 11(196).
Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123324/pdf/1471-2407-11-196.pdf>
- Coakley, A.B. & Barron, A.-M. (2012). Energy therapies in oncology nursing. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(1), 55-63. Acedido em <http://www.equilibrium-e3.com/images/PDF/Energy%20therapies%20in%20oncology%20nursing%20Feb%202012.pdf>
- Cooke, M., Mitchell, M., Tiralongo, E. & Murfield, J. (2011). Complementary and alternative medicine and critical care nurses: a survey of knowledge and practices in Australia. *Australian Critical Care*, 25(4), 213-223. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2011.12.055>
- Crawford, S.E., Leaver, V.W. & Mahoney, S.D. (2006). Using reiki to decrease memory and behavior problems in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's Disease. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(9), p. p11-913.

- Cunha C.M., Saraiva P.C., Sequeira A.M. & Monteiro G. (2013) – Projeto reabilitar mais. *Revista Servir*, 58(1-2),91-99.
- Decreto-Lei nº 161/96. (1996, Setembro 4). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. [Portugal]. *Diário da República*, 1(205), pp. 2959-2962. Acedido em <https://dre.pt/application/file/241564>
- Demir, M., Can, G. & Celek, E. (2013). Effect of Reiki on symptom management in oncology. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(8), 4931-4933. doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.8.4931>.
- Díaz-Rodríguez, L., Arroyo-Morales, M., Cantarero-Villanueva, I., Fernández-Lao, C., Polley, M. & Fernández-de-las-Peñas, C. (2011). The application of Reiki in nurses diagnosed with Burnout Syndrome has beneficial effects on concentration of salivary IgA and blood pressure. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 19(5), 1132-1138. Acedido em <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/4423/5810>
- Dressen, L. & Singg, S. (1998). Effects of reiki on pain and selected affective and personality variables of chronically ill patients. *Subtle Energies & Energy Medicine*, 9(1), 51-82. Acedido em <http://journals.sfu.ca/seemi/index.php/seemi/article/viewFile/247/210>
- ESSV (2014). *Recomendação nº3/2014: Consentimento informado para estudos de investigação*. Comissão de Ética da ESSV. Instituto Politécnico de Viseu.
- Esteves, M.L., Jacobs, F. & Ruiz Fernández, M.I. (2009). Gestão de stress & Reiki – nova abordagem psicoterapêutica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 327-336. Acedido em http://infad.eu/RevistaINFAD/2009/n1/volumen3/INFAD_010321_327-336.pdf
- Fernandes, A.C.P. & Nagay, S.C. (2002). Toque terapêutico – comunicação não verbal: uso em ambulatório de saúde do trabalhador. *Oitavo. Simpósio Brasileiro de*

Comunicação em Enfermagem (Maio 2002). Acedido em

<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a085.pdf>

- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de material didático, Lda. ISBN: 978-989-8075-18-5.
- Hassan, A., Allam, A., Al Kindi, S., Abu Zeinah, G., Eziada, S. & Bashir, A. (2014). Knowledge, Attitudes and Practices of Oncology Nurses towards Complementary and Alternative Medicine for Cancer Care in Qatar. *Journal of Anesthesia & Clinical Research* 5(477). doi:10.4172/2155-6148.1000477
- Hesbeen, W. – *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência, 2003.
- Kilic, S., Ogur, R., Yaren, H., Akkoyun, N.G. & Kupcuk, E. (2009). Knowledge of and attitudes toward complementary and alternative medicine amongst medical students in a Turkish medical school. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 25(2), 319-324.
- Lei nº 9/89. (1989, Maio, 2). Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. [Portugal]. *Diário da República*, 1(100), pp. 1796-1799. Acedido em <https://dre.pt/application/file/611817>
- Lei nº 71/2013. (2013, Setembro, 2). Regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais. [Portugal]. *Diário da República*, 1(168), pp. 5439-5442. Acedido em <https://dre.pt/application/file/499607>
- Lübeck, W. (1998). *Manual de Reiki: um guia completo para a prática de Reiki* (2ª ed.). Editora Pergaminho.
- Machado, A.R. (2012). *Importância do reiki para os alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem*. (Dissertação para obtenção do grau de Licenciatura,

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde). Acedido em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3174/3/TG_18736.pdf

- Martins, R.M.L. (2003) – Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium online*, (27). Acedido em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium27/14.htm>

- Mendes, A.B. (2003). Terapias Complementares na formação em enfermagem: da validade científica à identidade profissional. In Cruz, A.G.; Malta, J.A.S.; Oliveira, L.M.N. (Ed.), *Terapias naturais na prática de enfermagem*. (pp. 205-214). Coimbra: Formasau.

- Miwa, M.J. (2014). Encantamento e acolhimento no cotidiano – um estudo sobre Johrei e Reiki. *Saúde e Transformação Social*, 5(1), 58-65. Acedido em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/sts/v5n1/5n1a10.pdf>

- Muela, B.M., Lozano, C.C. & Vicario, F.S. (2010). Benefícios percebidos de la aplicación de la terapia *Reiki* en pacientes oncohematológicos. *Metas de Enfermagem*, 13(3), 166-172. Acedido em <http://manosquehacenfluir.files.wordpress.com/2011/08/beneficos-percibidos-de-la-aplicacion-de-reiki1.pdf>

- Natale, G.W. (2010). Reconnecting to nursing through Reiki. *Creative Nursing*, 16(4), 171-176. Acedido em http://rehab.ucla.edu/workfiles/Urban%20Zen/Reconnecting_to_Nursing_through_Reiki.pdf

- OE (2001). *Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem da OE. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

- OE (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*. Conselho de Enfermagem da OE.
Acedido em
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- OE (2009) – Parecer nº 123/2009 do Conselho Jurisdicional sobre: A incompatibilidade entre o exercício da profissão de enfermeiro e a prática da terapia de reiki.
Ordem dos Enfermeiros. Acedido em
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer%20123_2009_CJ.pdf
- OE (2011) – Parecer nº 18/2011 do Conselho de Enfermagem: Quais são as terapias alternativas que podem ser contempladas na prática de Enfermagem baseadas na CIPE? *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer18_2011CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf
- OE (2011a) – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>
- OE (2014) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2011.
Ordem dos Enfermeiros. Área reservada. Acedido em
https://membros.ordemenfermeiros.pt/Downloads/Documents/CIPE_VFinal_BaixaResolucao_Proteg.pdf
- OE (2015) – Dados Estatísticos a 31-12-2014. Departamento de Informática. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em
http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/DadosEstatisticos/Estatistica_V01_2014.pdf

- OMS (2013). Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional: 2014-2013. ISBN 978-92-4-350609-8. Acedido em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf

- Pereira, E.M.S.J. (2009). *O conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa sobre o Reiki*. (Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Acedido em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1593/2/MONO_15669.pdf

- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (5ªed. Revista e corrigida). Lisboa: Edições Sílabo.

- Pocotte, S.L. & Salvador, D. (2008). Reiki as a rehabilitative nursing intervention for pain management: a case study. *Rehabilitation Nursing*, 33(6), 231-232.

- Policarpo, M.C. (2012). *Integração das medicinas alternativas e complementares no Plano Nacional de Saúde*. (Dissertação de Mestrado em Gestão, ISCTE, Lisboa). Acedido em <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/4909>

- Quest, P. (2012) – *Reiki para a vida: Manual completo da prática de Reiki, níveis 1, 2 e 3* (3ª ed.). Amadora: Editora Nascente.

- Ramos, S. & Ramos, J.A. (2005). *Reiki - As Raízes Japonesas: o tronco, ramos, folhas e alguns frutos* (5ªed.). Lisboa: Dinalivro.

- Regulamento n.º 125/2011 (2011, Fevereiro, 18). Define o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação. [Portugal]. *Diário da República*, 2(35), pp. 8658-8659. Acedido em <https://dre.pt/application/file/741339>

- Ribeiro, J.M.S. (2011). Autonomia Profissional dos Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, (5), 27-36. Acedido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a03.pdf>

- Richeson, N.E., Spross, J.A., Lutz, K. & Peng, C. (2010). Effects of Reiki on anxiety, depression, pain, and physiological factors in community-dwelling older adults. *Research in Gerontological Nursing*, 3(3), 187-199. Acedido em <http://www.reikiaustralia.com.au/files/research/reiki-anxiety-depression-pain.pdf>
- Rodrigues, V. (2010) – *Manual de Reiki Essencial: Nível 1* (Manual não publicado). Espaço Magnólia, Viseu.
- Salomé, G.M. (2009). Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em Unidade Terapia Intensiva após aplicação do Reiki. *Saúde Coletiva*, 6(28), 54-58. Acedido em <http://www.redalyc.org/pdf/842/84202805.pdf>
- Santos, Â. & Rodrigues, V. (2011) – *Manual de Reiki Essencial: Nível 2* (Manual não publicado). Naturaleza, Viseu.
- Sharamon, S. & Baginski, B. (1991) – *The Chakra Handbook: from basic understanding to practical application (1ª ed.)*. Acedido em http://www.amazon.com/The-Chakra-Handbook-Shalila-Sharamon/dp/094152485X#reader_094152485X
- Sousa, L.M.M., Severino, S.S.P. & Marques-Vieira, C.M.A. (2012). O Reiki como um Contributo para a Prática de Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. Monografia. Acedido em <http://www.associacaoportuguesadereiki.com/o-reiki-como-um-contributo-para-pratica-de-enfermagem-revisao-sistemica-da-literatura/>
- Sousa, M. (2012). A psicossomática e o Reiki. *O portal dos psicólogos*. Acedido em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0651.pdf>
- Stein, D. (2004) – *Reiki Esencial*. Barcelona: Ediciones Robinbook, SL.. Acedido em <https://we.riseup.net/assets/202762/ReikiEsencial%20DianeStein.pdf>

- Thrane, S. & Cohen M.S. (2013). Effect of reiki therapy on pain and anxiety in adults: an in-depth literature review of randomized trials with effect size calculations. *Pain Management Nursing*, 15(4), 897-908. Acedido em [http://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042\(13\)00080-5/pdf](http://www.painmanagementnursing.org/article/S1524-9042(13)00080-5/pdf)
- Trovo, M.M., Silva, M.J.P. & Leão, E.R. (2003). Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 483-9. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a11.pdf>
- Vandervaart, S., Gijzen, V., De Wildt, S. & Koren, G. (2009). A systematic review of the therapeutic effects of reiki. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(11), 1157-1169. doi: 10.1089/acm.2009.0036.
- Vitale, A. (2007). An integrative review of Reiki touch therapy research. *Holistic Nursing Practice*, 21(4), 167-179. Acedido em http://rehab.ucla.edu/workfiles/Urban%20zen/Integrative_Review_of_Reiki_Research.pdf
- Vitale, A. (2009). Nurse's lived experience of reiki for self-care. *Holistic Nursing Practice*, 23(3), 129-145. Acedido em http://rehab.ucla.edu/workfiles/Urban%20Zen/Nurses_Lived_Experience_of_Reiki.pdf
- Xue, C.C.L., Zhang, A.L., Holroyd, E. & Suen, L.K.P. (2008). Personal use and professional recommendations of complementary and alternative medicine by Hong Kong registered nurses. *Hong Kong Medical Journal*, 14(2), 110-115. Acedido em <http://www.hkmj.org/system/files/hkm0804p110.pdf>
- Zanini, A., Quattrin, R., Goi, D., Frassinelli, B., Panariti, M., Carpanelli, I. & Brusaferrò, S. (2008). Italian oncology nurses' knowledge of complementary and alternative therapies: national survey. *J Adv Nurs.*, 62(4):451-6. doi: 10.1111/j.1365-

2648.2008.04608.x. Abstract. Acedido em

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18476945>

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumento de recolha de dados

INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde e da Educação (UniCiSE)



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

QUESTIONÁRIO

O Reiki como Terapia Complementar:
Conhecimentos dos Enfermeiros

DATA: ____/____/____

Nº _____

Caro/a colega:

É nosso objetivo estudar os Conhecimentos dos Enfermeiros sobre Reiki. Para tal solicitamos a sua colaboração com o preenchimento do questionário que se segue, que respeitará as regras de confidencialidade e anonimato próprias deste tipo de estudo.

Certifique-se de que respondeu a todas as questões de forma a validar o seu contributo para esta investigação.

Gratas pela sua preciosa colaboração.

As investigadoras: _____ (Rosa Martins, PhD)

_____ (Cristina Cunha, Enf. Esp. Reab.)

Parte 1: Caracterização Sociodemográfica e Profissional

1 – Género

Masculino Feminino

2 – Idade: _____ anos.

3 – Habilitações Académicas:

Licenciatura Pós-Licenciatura Qual? _____Mestrado Qual? _____

Outro: _____

4 – Categoria Profissional: _____

5- Tempo de serviço: _____ anos

6 – Local de trabalho

Cuidados Diferenciados Cuidados de Saúde Primários Outro Qual? _____

7 – Já ouviu falar sobre Reiki?

Sim Não

(Se respondeu não, termina aqui a sua colaboração neste questionário. Muito obrigada pela sua participação.)

8 – Onde ouviu falar sobre Reiki pela primeira vez?

Amigos

Ações de Formação

Televisão

Internet

Revistas/jornais/livros

Outros: _____

9 – Já foi submetido a tratamento com terapia Reiki, pelo menos uma vez?

Sim

Não

10 - Fez iniciação em Reiki?

Sim

Não

10a) Se sim, que nível possui? _____

10b) Em que variante do Reiki? _____

11 - Considera importante a inclusão do Reiki e/ou outras terapias complementares no Plano Curricular da Licenciatura em Enfermagem?

Sim

Não

Porquê? _____

Parte 2: Conhecimentos sobre Reiki

Por favor, leia cada uma das seguintes afirmações e assinale com um **X** a opção que melhor se adequa ao que sabe, faz ou sente em relação ao **Reiki**.

V: verdadeiro ou **F:** Falso.

CONCEITO E HISTÓRIA		V	F
1	O Reiki foi descoberto nos anos 20 do século passado na China.		
2	O Reiki é uma técnica invasiva e com efeitos secundários nefastos para o organismo.		
3	O Reiki pode ser utilizado em pessoas, em animais e em objetos inanimados.		
4	Reiki é uma palavra japonesa habitualmente traduzida por “Energia Vital do Universo”.		
5	O Reiki não é uma energia recente.		
6	O fundador do sistema terapêutico do Reiki não foi Mikao Quest.		
7	A palavra Reiki divide-se em duas partes: Rei + Ki. Cada uma com um significado próprio.		
8	Rei significa a Inteligência Superior que orienta a criação e o funcionamento do Universo.		
9	Ki significa a sabedoria que vem de Deus que é onisciente e que compreende a necessidade e a causa de todos os problemas e dificuldades, bem como a forma de os tratar.		
10	O Reiki tem 3 princípios que, juntamente com a Energia Vital Universal promovem o bem-estar físico e mental.		
11	Sempre foi permitida a transmissão de conhecimentos sobre o Reiki na forma escrita.		

PRÁTICA DO REIKI		V	F
12	O Reiki não promove o relaxamento nem uma sensação de plenitude e bem-estar.		
13	O Reiki abre as portas para o autoconhecimento e para o desenvolvimento espiritual.		
14	O Reiki pode ser usado em auto tratamento.		
15	O Reiki envolve o uso de bastante equipamento para ser praticado.		
16	O Reiki pode ser usado para tratamentos presenciais ou à distância com a mesma eficácia.		
17	O Reiki utiliza energia espiritual para tratar apenas problemas físicos.		
18	O auto tratamento não é uma parte secundária em toda a prática do Reiki.		
19	É obrigatório respeitar as posições preconizadas durante o tratamento com Reiki, de outra forma, não se atingem os seus benefícios.		
20	As mulheres grávidas não podem realizar tratamentos com energia reiki.		
21	O Reiki funciona como uma canalização e transmissão da energia Vital pelas mãos do praticante complementando qualquer outro tratamento ao atuar na causa da doença.		
22	Frequentemente, durante o tratamento, são usadas 32 posições das mãos, podendo, o tratamento, demorar uma hora.		

FORMAÇÃO EM REIKI		V	F
23	O primeiro nível de Reiki abre o canal terapêutico interno ficando a pessoa, que faz a iniciação, habilitada a realizar tratamentos para o resto da vida.		
24	Tradicionalmente existem 7 níveis de formação no Reiki.		
25	O segundo nível de Reiki confere o grau de Mestre – pessoa que se compromete a dedicar a sua vida à aprendizagem de Reiki e que está qualificado a ensinar este sistema terapêutico.		
26	O auto tratamento preconizado é de 11 dias seguidos ou interpolados.		
27	A palavra “Chakra” vem do Sânscrito e significa “roda de luz”.		
28	Os Chacras são centros de energia do corpo. Cada Chakra tem uma localização, um nome, um símbolo, uma cor, um significado, entre outras características que os distinguem.		
29	Os sete Chacras principais ficam localizados ao longo da coluna vertebral e cabeça.		
30	O conhecimento dos símbolos de Reiki não está limitado apenas aos Mestres.		
31	Os símbolos fortalecem a energia Reiki e são ativados através do seu desenho juntamente com o respetivo mantra.		
32	A aura é um campo de energia que envolve completamente o corpo físico e que acompanha a pessoa durante a sua vida.		
33	O chacra raiz localiza-se na região do sacro e tem a cor verde.		

REIKI NO CONTEXTO ATUAL		V	F
34	Existem hospitais no nosso país onde o Reiki está incluído em protocolos de tratamento não farmacológico da dor.		
35	A Ordem dos Enfermeiros proíbe os seus membros de praticar Reiki tanto nos hospitais como na sua atividade liberal.		
36	A Lei nº 71/2013 de 2 de Setembro regulamenta a Lei nº 45/2003, de 22 de Agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais, onde o Reiki está incluído.		
37	A literatura existente não refere a necessidade de realizar mais estudos científicos de qualidade que validem os efeitos terapêuticos do Reiki.		
38	O Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros já emitiu parecer sobre a relação entre o exercício da profissão de enfermeiro e a prática da terapia de Reiki.		
39	A NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) introduziu o diagnóstico "Distúrbio do Campo Energético".		
40	O Reiki teve uma projeção mediática importante no nosso país através da Enfermeira e Mestre de Reiki Zilda Alarcão que o aplica a utentes oncológicos no Hospital de S. João - Porto.		
41	De acordo com os estudos publicados, o Reiki, não se apresenta como uma terapia promissora para o aumento da qualidade de vida dos doentes.		
42	A OMS apoia os estados membros no desenvolvimento de políticas nacionais para o setor das Medicinas Alternativas e Complementares.		
43	Martha Rogers, teórica de enfermagem e também Hélène Lazure integraram as terapias energéticas nas suas teorias.		
44	No Eixo Recursos da CIPE podemos encontrar descritas, várias terapias não convencionais, entre as quais o reiki.		

Muito obrigada pela sua colaboração.