

ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE TANGARÁ DA SERRA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

MARISA DIANE RABER

**Perfil sócio-econômico e a qualidade de vida dos usuários/terapeutas da terapia reiki nos
Municípios de Tangará da Serra, Sinop, Cáceres e Cuiabá, Estado de Mato Grosso,
Brasil**

Tangará da serra, 30 de maio de 2007.

ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE TANGARÁ DA SERRA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

MARISA DIANE RABER

**PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E A QUALIDADE DE VIDA DOS
USUÁRIOS/TERAPEUTAS DA TERAPIA REIKI NOS MUNICÍPIOS DE TANGARÁ
DA SERRA, SINOP, CÁCERES E CUIABÁ, ESTADO DE MATO GROSSO, BRASIL**

Orientadora: Prof^ª Dra. Ivanildes Solange da Costa Barcelos

Co-orientadora: Prof^ª Ms Ana de Medeiros Arnt

Monografia apresentado ao Departamento de Ciências Biológicas da UNEMAT – Campus Tangará da Serra, como requisito regulamentar obrigatório para obtenção do grau de Licenciado e Bacharel em Ciências Biológicas de acordo com as resoluções 227/2003; 042/2004 e 296/2004 – CONEPE da Universidade do Estado de Mato Grosso.

Tangará da Serra, 30 de maio de 2007.

MARISA DIANE RABER

**PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E A QUALIDADE DE VIDA DOS
USUÁRIOS/TERAPEUTAS DA TERAPIA REIKI NOS MUNICÍPIOS DE TANGARÁ
DA SERRA, SINOP, CÁCERES E CUIABÁ, ESTADO DE MATO GROSSO, BRASIL**

Monografia apresentado ao Departamento de Ciências Biológicas da UNEMAT – Campus Tangará da Serra, como requisito regulamentar obrigatório para obtenção do grau de Licenciado e Bacharel em Ciências Biológicas de acordo com as resoluções 227/2003; 042/2004 e 296/2004 – CONEPE da Universidade do Estado de Mato Grosso.

Aprovada em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Ivanildes Solange da Costa Barcelos
UNEMAT – Tangará da Serra
Orientador

Co-orientadora: Profª Ms Ana de Medeiros Arnt
UNEMAT – Tangará da Serra
Orientador

Prof. Ms. Regis Queiroz Gonçalves
UNEMAT – Tangará da Serra
Examinador

UNEMAT
Tangará da Serra, Brasil

VIDA QUE CRIAMOS

Nunca sabemos ao certo onde vamos parar
nossa mente não alcança a velocidade dos fatos
do mundo que vivemos.
Tudo não passa de uma longa caminhada em busca de algo, sempre,
nossa mente se embebeda da ilusão que criamos
para suportar a indiferença da vida.

Que se faz escrava da liberdade que imaginamos,
Liberdade que se desfaz à medida que olhamos ao redor
e vemos que não temos nada,
que não somos nada
que tudo se finda
que não podemos sequer viver e pensar como desejamos,
pois o pensamento sempre se escraviza em algo.

Liberdade sim,
Talvez,
nos momentos de nirvana
em que nossa liberdade se faz numa fração de segundos
como o próprio orgasmo
no momento em que não existe o “eu”
no momento em que não sabemos quem somos
ou sequer que vivemos em que mundo estamos.

Em busca de explicações
voamos pelo tempo
mergulhamos na sede do saber.
Criam-se gênios
criam-se loucos
que vivem num só desejo
da descoberta do mistério
mas como não há descoberta
não há mistério.

Assim
Somos todos filhos da loucura
da covardia
da cruel presteza de não saber quem somos
o que somos
e porque somos,
muito menos o que buscamos.

Dedico a todas as mulheres guerreiras, que estão desenvolvendo sua consciência em busca da transformação planetária.

AGRADECIMENTO

Ao Universo Cósmico pela oportunidade desta pesquisa, e aos mestres de Luz pela proteção e inspiração de continuar acreditando, em um mundo melhor, sem tanto egoísmo e individualismo, mesmo tendo sofrido e sentido isso no sistema universitário.

Ao apoio incondicional de minha mãe Areci Maria Uebel, que esteve presente em todos os momentos de minha de vida, principalmente nos estudos. Ao meu pai Reimundo Raber que mostrou seu amor por mim apesar de sua dificuldade de expressão.

As minhas irmãs Nilse, Nelci e Liene e ao meu irmão Douglas que estiveram presentes nos momentos difíceis desta jornada.

Ao meu amigo e parceiro deste universo acadêmico, pelo apoio no início da realização desta pesquisa.

A minha orientadora Ivanildes Solange da Costa Barcelos, que aceitou fazer a orientação da minha monografia, mesmo sendo um assunto diferente do convencional, sem este apoio e iniciativa não seria possível.

A minha co-orientadora Ana de Medeiros Arnt, que se mostrou presente e compreensiva em todos os momentos deste trabalho, e que também despertou em mim maior confiança no desenvolvimento de minha escrita.

Ao professor Regis Queiroz Gonçalves, pelo apoio na estatística, por sua espontaneidade como pessoa e sua incondicionalidade.

A todos os professores que me auxiliaram na busca do programa de estatística, e a todos os professores que colaboraram na minha formação, seja acadêmica ou como cidadã.

Às pérolas que encontrei pelo caminho acadêmico, como, professor João Bosco Junqueira, que me auxiliou nos estudos e nas traduções dos artigos de inglês, também com dicas na monografia.

Por fim a minha amiga Cristina Delicato, por ser amiga de verdade, a Jones, Akiko, Abith, Maria, Fernanda e a todas amigas queridas que presentes, nos momentos difíceis da minha vida acadêmica e pessoal.

E a todos os seres que encontrei neste caminho, que participam também desta história.

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
1 INTRODUÇÃO	9
1.1 O conceito de saúde.....	9
1.2 Ciência e Holismo	10
1.3 Terapias Alternativas/Naturais.....	12
1.4 Os princípios da terapia Reiki.....	14
1.5 A estimativa da Qualidade De Vida.....	15
1.6 Justificativa	16
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 METODOLOGIA	17
3.1 Amostragem.....	17
3.2 Questionário sócio-econômico e Questionário da qualidade de vida, WHOQOL- abreviado.	18
3.3 Organização e envio de correspondências aos indivíduos selecionados.	18
3.4 Análise Quantitativa.....	18
3.5 Análise Qualitativa.....	19
4 RESULTADOS	21
4.1 Perfil sócio econômico dos entrevistados:.....	21
4.2 Análise dos níveis, tempo de curso e utilização da terapia Reiki.	22
4.3 Análise da qualidade de vida dos usuários/terapeutas Reiki.	23
5 DISCUSSÃO	24
5.1 Análise Qualitativa.....	26
6 CONCLUSÃO	28
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
ANEXOS.....	33

RESUMO

A população brasileira vem fazendo uso cada vez mais de terapias alternativas, que chegam a uma prevalência de utilização de até 40% de uso nos países industrializados, sendo que a maioria não se encontra regulamentada e existem poucos estudos sobre o assunto. Desta forma, torna-se necessário, o desenvolvimento de pesquisas, envolvendo a terapia Reiki, visando confirmar os benefícios, reconhecimento e utilização da técnica junto aos órgãos oficiais, no Brasil. Assim esta pesquisa, procura identificar o perfil sócio-econômico, da amostragem da população que vem utilizando a técnica Reiki em Tangará da Serra, Sinop, Cáceres e Cuiabá, e mensurar a qualidade de vida deste grupo, com o objetivo de saber, de cunho científico se a técnica tem trazido benefícios para os usuários/terapeutas. Através destes resultados, organizar melhor a classe dos terapeutas e efetivar a divulgação desta técnica conforme a veracidade dos resultados.

Palavras chaves: Reiki, terapias alternativas, perfil sócio econômico, qualidade de vida.

ABSTRACT

Brasilian people has been, more and more, using alternative therapies, that reach the prevalancy of use until 40% in industrialized countries, while most of them aren't regulated, existing few studies about this matter. This way, it becomes necessary the development of researches, involving Reiki Therapies, with the objective of confirming the benefits, recognizement and use of this Thecnic behyond the brasilian oficial organs. This way this research tries to identify the social-economic profile as sample, of the population that has been using this thecnic and to evaluate the quality of life of this group, with the objective to know, on cientific basis, if the thecnic has brought benefits to those users/therapists. Throughout the results to organize the class, better and to become effective the divulging of this thecnic according to the truthfulness of the results.

Key-words: Reiki, alternative therapies, profile social-economic, quality of life.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O conceito de saúde

A preocupação do homem com o processo saúde-doença não é fato recente. Hipócrates, o pai da medicina, na antiga Grécia, já definia saúde como o estado de harmonia do homem com a natureza e o equilíbrio entre os diferentes componentes do organismo com o meio ambiente. De acordo com seus pensamentos, saúde e doença dependiam da perfeita integração mente, corpo e meio-ambiente (TROVO, SILVA, LEÃO, 2003). Na Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 foi definido, a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (FLECK, 2000).

Entende-se também por estado de saúde quando a energia vital flui livremente dentro, através e fora do organismo de forma balanceada, nutrindo os órgãos do corpo. Porém no estado de doença, o fluxo de energia está obstruído, desordenado ou exaurido (SILVA, JÚNIOR, 1996). As pesquisas dos últimos 20 anos têm demonstrado que a interação entre a mente e o corpo é muito mais dinâmica e complexa do que se pensava, porque as moléculas do sistema imune alteram as funções psicológicas e neurológicas, tanto central como periféricas, sugerindo que esta comunicação seja bidirecional (KLINGER et al., 2005).

Para Capra (2005), o modelo de doença na visão holística é uma consequência do desequilíbrio e da desarmonia, que decorrem da falta de integração nos níveis físico, mental e emocional. Chegando a manifestação biológica de enfermidade.

Mesmo porque segundo Barcia (2004) adoecer e curar-se são partes integrantes da auto-organização do organismo, e através da assistência holística à saúde, o terapeuta pode então, ativar o impulso de autoregulação inerente ao ser humano, despertando as potencialidades que regulam seu próprio crescimento. O adoecer é também vinculado a uma redução e/ou talvez anulação dessa força potencializadora.

Este pensamento é reforçado pelo médico, precursor da medicina Védica no Ocidente, Chopra (1990), de que a causa das doenças é muito complexa, pois entramos diariamente em contato com milhões de vírus, bactérias, alérgenos e fungos, e que nos atacam em raras ocasiões, e que aparentemente envolve um fator misterioso chamado “controle do hospedeiro”, isto significa que nós, hospedeiros, por alguma razão, abrimos ou fechamos o portão para eles.

De acordo com Boff (1999), quando ocorre algum dano em alguma parte do corpo, ocorre também na totalidade da pessoa, portanto não é uma parte que está doente é a vida que

adoece em suas várias dimensões, sendo em relação a si mesmo, a sociedade, e em relação ao sentido global da vida. A doença nos remete á busca da saúde.

Qualquer pessoa que adoece, de uma forma ou de outra busca a saúde novamente, hoje isto pode ser feito sob várias perspectivas, pois segundo Dahlke (2005) a própria enfermidade é uma oportunidade para uma introspecção que resolva a raiz do problema.

1.2 Ciência e Holismo

Conforme Castro (2002), durante mais de três séculos, a ciência progrediu, baseada em diversos princípios e leis que, se encaixavam a sua época de criação de acordo com as necessidades vigentes, que auxiliaram se desenvolvimento. Sendo liderada no século XVII pelo filósofo René Descartes, que criou o princípio da Objetividade Forte, fazendo uma rigorosa divisão entre o corpo e a mente, depois no século XVIII Isaac Newton propôs o Princípio do Determinismo Causal, em que todos os fenômenos físicos se reduzem ao movimento da matéria causado pela gravidade.

Posteriormente no século XX, segundo Halking (2001), Albert Einstein, derrubou alguns princípios absolutos da ciência com as duas Teorias da Relatividade – restrita e geral - que iniciou uma revolução conceitual, que mudou a compreensão do tempo, do espaço e da própria realidade. Conforme Capra (2005), a partir destas mudanças foi surgindo uma nova e consistente visão de mundo, que pode ser caracterizada por palavras como orgânica, holística e ecológica. O autor expõe ainda que um número crescente de cientistas esteja consciente de que o pensamento místico fornece um coerente *background* filosófico para a ciência contemporânea.

Mas, uma parte da ciência ficou restrita aos conceitos mecanicistas cartesianos, considerando, ainda hoje, os organismos vivos e o corpo como máquinas físicas e bioquímicas. Desta forma o fenômeno de cura foi excluído pela ciência biomédica, por não ser entendido, em termos reducionistas (DAHLKE, 1992).

Segundo Lee (2002), as novas concepções da ciência, propostas por filósofos racionalistas contemporâneos, como Popper, Kuhn e Lakatos, (*apud* Lee, 2002 p.18) acrescentaram importantes formas de se conceber e compreender a ciência e sua construção. E as propostas de filósofos relativistas, permitiram relevantes discussões a respeito da não unicidade do método e da subjetividade e do fazer científico. A partir destas discussões que se inicia um processo de ruptura com duas vertentes normalmente excludentes, uma, a racional, normalmente denominada positivista, e a outra, a relativista, também denominada, por alguns, como holística.

Ainda assim, hoje os indutivos reducionistas preferem começar a tratar suas informações a partir de “pedaços” bem pequenos, reunindo-os aos poucos, formando conjuntos maiores até chegar aos princípios gerais. Tendem a construir uma imagem global através das pequenas porções de informação, tratadas em seqüências lineares, passo a passo (PACHECO, 2001).

Conforme Arnt (2005), atualmente é importante que se discutam as implicações de se pensar o corpo como uma máquina, porque acabamos por nos tornar unicamente organismos, reduzidos às leis das ciências, seja Física, Química ou Biologia. Até mesmo porque segundo Braz (2006), para estudar o homem não se pode fragmentá-lo, a custo de perder sua essência, suas propriedades emergentes. Ele precisa ser visto em sua integralidade, com seu entorno, sua trajetória de vida e as relações que o constituem.

Desta forma Barcia (2004), complementa que o indivíduo é um todo unificado, como um campo integrado em sentimentos, sensações, emoções e imagens. O corpo e a mente não são entidades separadas, o organismo é uma só unidade. Uma verdadeira compreensão da condição individual só é alcançada se considerarmos o indivíduo como parte da totalidade da natureza, em particular da sociedade humana a que pertence.

Conforme Kroeger (2003), o fato do ser humano não ser simplesmente uma máquina física, mas uma sutil e complexa combinação de corpo mente, espírito e natureza, faz com que todos ou qualquer um desses fatores em desequilíbrio podem causar problemas de saúde ou contribuir para que ocorram.

Dentro desta nova visão do ser humano pela ciência, ressurgiu o modelo holístico que, etimologicamente deriva do grego *holikós*, que significa todo, inteiro, completo (NUÑEZ, CIOSAK, 2003). Segundo Capra (1995), (1997), (2005), o termo científico, para designar o holismo, ou a ênfase no todo, é o “sistêmico” – em que as propriedades essenciais de um organismo, ou sistema vivo, são propriedades do todo, que nenhuma das partes possui. Os pioneiros deste pensamento foram os biólogos organísticos, que enfatizavam a concepção dos organismos vivos como totalidades integradas, idéias estas baseadas nos pensamentos de Aristóteles, Goethe, Kant e Cuvier.

Segundo Schramn (1997), existe uma posição, mesmo que minoritária, na bioética, com a abordagem holística nas ciências, capaz de vincular ciência e transcendência. Este movimento propõe um diálogo entre o saber científico e saber humanístico, capaz de integrar os conhecimentos da Biologia Humana, na competência de desenvolver os valores humanos, emergência dos problemas relativos ao meio ambiente e ao relacionamento harmônico com os outros seres vivos, em prol da qualidade de vida humana, e da sobrevivência da espécie.

Como estruturas holísticas, os organismos, em geral, devem se conservar dentro dos parâmetros de viabilidade vital, e única de cada um, e ter condições de se restabelecer do equilíbrio perturbado, estabelecer a homeostase. Mas como vivemos em constantes ameaças e interferências desde social a ambiental, o corpo não consegue se defender sozinho, e se restabelecer das disfunções orgânicas, portanto precisamos encontrar instrumentos que permite o reequilíbrio individual e coletivo (ANDRADE, 2000).

1.3 Terapias Alternativas/Naturais

Segundo Kroeger (2003), os tratamentos que pertencem às terapias naturais são, provavelmente, tão antigos quanto à espécie humana. Nos primórdios da humanidade, os cuidados eram feitos segundo o ciclo da vida natural, portanto, atrelados aos fenômenos da natureza (clima, ciclo da terra, da lua, dos planetas etc.). Essa natureza era tanto pela “sintonia interna”, que ocorre quando a pessoa detecta as suas emoções e as integra, entrando num perfeito estado de equilíbrio, e quanto pela “sincronia externa” que é a sincronia com o outro, meio ambiente e o cosmos.

De acordo com Bontempo (1992), a filosofia da medicina natural e o sistema médico organizado, mais antigo que se têm notícias, é a medicina ayurvédica, na Índia, com mais de 14.000 anos, com as escrituras dos livros sagrados, que foi escrito pelos povos vedas, cuja abordagem inclui aspectos físicos, psicológicos e espirituais da vida. Dentre as técnicas de cura utilizadas por eles e que hoje faz muito sucesso no ocidente, pode-se citar: a massagem ayurvédica; o equilíbrio do biotipo pela alimentação; remédios naturais preparados pela combinação de ervas, de sais, resinas e óleos especiais. Todo tratamento é específico para cada tipo de paciente e não para a “doença” que ele apresenta.

Depois da Índia, a China parece ser a civilização mais antiga que constituem um conjunto de escrituras sagradas, como o *I-Ching* ou o livro das mutações, que surgiu há cerca de 3.000 anos, nos escritos deste povo que se encontram as bases da medicina tradicional chinesa. Todas as técnicas utilizadas por eles, têm como base fundamental a busca do equilíbrio entre as forças *Yin* e *Yang*, que se caracteriza no próprio dinamismo da vida e visam à terapêutica através da restauração e equilíbrio do fluxo vital normal do corpo humano. As técnicas mais conhecidas e utilizadas pelo ocidente são: a acupuntura; massagem (Do-In); farmacologia; Tai-Chi-Chuan e as artes marciais (BONTEMPO, 1992).

A mistura de sabedoria, tradições e crenças atribuídas à cultura corporal alternativa, vindas do oriente, revelam um sistema renovador e aberto, que atende as características

culturais da pós-modernidade (NICOLINO, 2003). Em que o cidadão adere ao “alternativo” em busca de uma consciência crítica, contrários aos conceitos ocidentais, construindo uma cultura corporal alternativa, ligada à consciência ecológica.

Conforme pesquisas recentes desenvolvidas pelo Centro Nacional de Medicina Complementar e Alternativa (NCCAM) ¹ a terapia alternativa constitui um conjunto de diversos sistemas e práticas de atenção à saúde, não faz parte da medicina alopática, e utiliza uma variedade de técnicas com o fim de equilibrar a mente e o corpo. O NCCAM classifica as terapias em cinco categorias: a) sistemas médicos alternativos, por exemplo, a homeopatia, medicina tradicional chinesa e ayurveda; b) o enfoque sobre o corpo e a mente através da meditação; c) as terapias biológicas que utilizam chás e ervas medicinais; d) os métodos de manipulação baseados no corpo, como por exemplo, as massagens, osteopatia e quiropraxia; e) terapias com base na energia, dentre as quais se encaixa o Reiki.

Segundo Chopra (1989), Hipócrates conheceu as forças curativas inerentes aos organismos vivos, em que para ele, o papel do médico, consistia em ajudar essas forças naturais, inerentes em cada um, e criando condições favoráveis para o processo da cura natural. Daí nasceu a palavra terapia, derivando do grego *therapeuin* significando “dar assistência”, “cuidar de”. Definindo desta forma o papel do terapeuta como o de um assistente para o processo de cura natural do indivíduo doente.

Conforme Gerber (1993), atualmente existe um gênero de médico/terapeuta, em expansão que procura entender o funcionamento dos seres humanos, a partir de uma revolucionária perspectiva de acordo com a qual *a matéria é uma forma de energia*. Esses terapeutas espiritualistas entendem que *os seres humanos são constituídos de energia*, iniciando a compreensão de novos pontos de vista sobre saúde e doença.

Conforme consta na Organização Mundial de Saúde (OMS), (2001) a medicina alternativa tem demonstrado eficácia em áreas semelhantes como à saúde mental e, a prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com doenças crônicas, trazendo bem estar para a população de forma geral. Desta forma, várias universidades no mundo estão pesquisando a terapia alternativa, buscando a base científica do Toque Terapêutico, como o Reiki (UNIVERSITY OF COLORADO HEALTH SCIENCES CENTER, 1994).

¹ É o principal órgão do Governo Federal dos Estados Unidos para pesquisas científicas da medicina alternativa.

1.4 Os princípios da terapia Reiki

O Reiki foi redescoberto, no Japão final do século XIX, por Mikao Usui, que percorreu parte da China e da Índia, buscando descobrir o método de cura de Buda, mas foi no Japão, em um monastério budista que ele encontrou os pergaminhos escritos em sânscrito, que mostravam o método de cura utilizado por este avatar. Traduziu este material para a língua japonesa, começou a utilizar a técnica para auxiliar as pessoas, entre 1920 e 1930 Usui montou uma clínica e organizou a associação *Usui Shiki Reiki Ryoho*, transmitiu seus conhecimentos às pessoas interessadas, deixando vários professores aptos a expandir a técnica a outras pessoas, morreu em 1930 (BABENKO, 2004).

Segundo De'Carli (1999), entre as décadas de 70 e 80 o Reiki foi expandido do Japão para o mundo, pela senhora Hawayo Takata, chegando primeiramente ao Havaí, depois Estados Unidos, Canadá e Europa e no Brasil em 1983 na cidade do Rio de Janeiro através de um Instituto de atendimento psicológico, onde foi ministrado o primeiro curso (BABENKO 2004).

As raízes da palavra Reiki foi pesquisada nos dicionários etimológicos por King; Abarca (1995), chegando ao termo *Sanar*, que provém do latim *curare*, significando preocupar-se com e ajudar, e em inglês *Sanar* se diz *healing* que se traduz como curar, cicatrizar ou devolver a saúde.

Segundo Stein (2000) a tradução direta da palavra Reiki, do japonês para o português, significa energia da força vital universal, sendo: “Rei” definido como Espírito Universal Ilimitado, ou a força cósmica do universo, que permeia todas as coisas; “Ki” refere-se à energia ou força vital e aplica-se ao princípio físico da vida, sendo então um tipo de energia elétrica que o corpo produz e determina o estado de saúde. Conforme Raber (1998) várias civilizações já conheciam a energia Ki, conhecida também como força vital, os chineses chamam de Ch'i, os hindús de Prana, Hipócrates chamou de Força Vital da Natureza, os russos de Energia Bioplasmática, os sufis de Baraka, posteriormente Wilhelm Reich chamou de Orgone.

O Reiki apresenta-se estruturado em três níveis, sendo eles: nível I, que trabalha o físico; nível II equilibra o emocional, o aluno aprende a enviar Reiki à distância; nível III-A foca na cura espiritual e o nível III-B é direcionado para quem quer ser Mestre/Instrutor Reiki (BULLOK, 1997).

Segundo Honervgt (2000), para alguém obter e alcançar os três níveis de Reiki precisa passar pelo processo de iniciação, durante um curso, que precisa ser realizado por um

Mestre/Instrutor, que “abre” os canais de cura, ou chakras² aumentando a energia e a força vital do aluno. Babenko (2004) complementa que iniciação se fundamenta em uma série de símbolos energéticos, que tem funcionalidade e significado, somente no processo da iniciação.

Durante o curso o praticante aprende também, a tratar através de uma série de 12 posições específicas das mãos, posicionadas gentilmente sobre o corpo, que transmite o fluxo da energia Reiki, manifestando-se em sentimento alterado e calor das mãos. Algumas pessoas que experimentam Reiki sentem um profundo sentimento de paz e calma enquanto está relaxado. Alguns vão para uma sonolência Reiki enquanto eles são embalados em um profundo estado de paz e segurança, fazendo com que as pessoas sintam mais confiança em suas vidas (BULLOK, 1997).

1.5 A estimativa da Qualidade De Vida

Segundo Seld e Zannon (2004) existem indícios de que o termo qualidade de vida surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 30, seguindo até a década de 90 com mais de 450 instrumentos de avaliação, e tendo um acentuado crescimento nas duas últimas décadas, amadurecendo as lacunas existentes nos conceitos e nos métodos utilizados na linguagem científica. Desde os meados de 80 tentou-se explicitar as conceituações do termo qualidade de vida, algumas vezes, focando apenas em avaliação de satisfação/insatisfação com a vida, depois houve maior expressão qualidade de vida relacionada à saúde, posteriormente havendo maior abrangência em termos globais e diversas dimensões compondo os instrumentos de avaliação.

Conforme Minayo, Hatz, Buss (2000), o tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagem individual ou coletiva. Todas buscando o entendimento das relações que os seres humanos estabelecem entre si e com a natureza. Diversos instrumentos de medidas foram construídos, na tentativa de sintetizar a complexidade da noção de qualidade de vida, sua relatividade e realidades sociais.

Segundo Fleck (2000) um dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que constituiu um Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL) com a finalidade de desenvolver instrumentos capaz

² São vórtices, ou centros de captação de energia.

de fazer esta medida. Dentro de uma perspectiva internacional e transcultural, assim definiram qualidade de vida “*como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*” (OMS *apud* Fleck, 2000, p. 04). É um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

Conforme Seld e Zannon (2004), esta definição genérica, parte do termo de que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo as amostras de pessoas portadoras de agravos específicos.

O Grupo de Qualidade de Vida, da OMS desenvolveu dois instrumentos gerais de medida da qualidade de vida. O primeiro, The World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life (WHOQOL-100) contém de 100 questões, que avaliam seis domínios, sendo o físico, psicológico, de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade/crenças pessoais. O segundo, WHOQOL-Bref, que possui 26 questões, extraídas das anteriores, cobrindo quatro domínios: o físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Conforme Minayo, Hatz, Buss (2000) a qualidade de vida é uma noção humana, que tem sido aproximada do grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental, bem como a própria estética existencial. Como o termo abrange muitos significados que por sua vez podem refletir o conhecimento e as experiências de cada indivíduo, foram criadas algumas categorias que emergiram das questões sobre qualidade de vida como relacionamento com os familiares e amigos, trabalho, saúde, alimentação, exercícios físicos, equilíbrio, felicidade, paz.

1.6 Justificativa

Depois de alguns anos, reunindo informações e resultados de pesquisas desenvolvidas, sobre a Medicina Tradicional, por vários países colaboradores, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002), através do documento, "Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005", vem estimulando o uso da Medicina Complementar/Alternativa, nos sistemas de saúde, de forma integrada com as técnicas da medicina ocidental moderna. Com isto preconiza o desenvolvimento de políticas, observando os requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso às terapias alternativas.

Seguindo esta premissa, o Ministério da Saúde (2005) normatizou - por meio da Portaria 971 - a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no

Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares, sendo oficializado o uso da Acupuntura, Homeopatia, Plantas Medicinais/fitoterapia e o Termalismo Social/crenoterapia.

Esta normatização no Brasil, já era uma antiga demanda da população brasileira, que vem fazendo uso cada vez mais das terapias alternativas, chegando a uma prevalência de utilização de até 40% de uso nos países industrializados, sendo que a maioria não se encontra regulamentada e existem poucos estudos sobre o assunto.

Desta forma, torna-se necessário, o desenvolvimento de pesquisas, envolvendo a terapia Reiki, visando confirmar os benefícios, reconhecimento e utilização da técnica junto aos órgãos oficiais, no Brasil. Assim esta pesquisa, procura identificar o perfil sócio-econômico, das pessoas de que vem utilizando a técnica Reiki e mensurar a qualidade de vida deste grupo, com o objetivo de saber, de cunho científico se a técnica tem trazido benefícios para os usuários/terapeutas. Através destes resultados, organizar melhor a classe dos terapeutas e efetivar a divulgação desta técnica conforme a veracidade dos resultados.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Caracterizar o perfil sócio-econômico e de qualidade de vida dos usuários/terapeutas da terapia Reiki em Tangará da Serra, Sinop, Cáceres e Cuiabá.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar os dados obtidos do perfil sócio-econômico em relação à qualidade de vida dos usuários/ terapeutas do Reiki;
- Comparar os quatro níveis de Reiki dos usuários/terapeutas, em relação à qualidade de vida.

3 METODOLOGIA

3.1 Amostragem

Foram selecionados o total de 447 usuários/terapeutas, todos participaram do curso de Reiki entre os anos 1999 e 2006. Sendo 92 pessoas de Tangará da Serra, 110 pessoas de

Sinop, 110 pessoas de Cáceres e 135 pessoas de Cuiabá. Deste grupo selecionado 40 correspondências voltaram com endereço incompleto, ou por motivo de mudança. Obtendo-se um retorno de 63 respostas dos questionários, 3 indivíduos foram descartados da análise, por não responder todas as perguntas, portanto 60 usuários/terapeutas participaram da pesquisa.

3.2 Questionário sócio-econômico e Questionário da qualidade de vida, WHOQOL-abreviado.

Foram aplicados os questionários, sócio-econômico e o questionário da qualidade de vida, WHOQOL-abreviado. No primeiro foram solicitadas informações como a idade, sexo, profissão, grau de escolaridade, renda familiar, quanto tempo e como a pessoa utiliza a terapia Reiki, juntamente com este questionário inseriu-se duas questões dissertativas, sobre qualidade de vida: 1) O que é qualidade de vida para você? 2) A técnica Reiki melhorou a sua qualidade de vida? Como melhorou? (apêndice II).

No segundo questionário, da qualidade de vida, WHOQOL-abreviado, com 26 questões, foi solicitado informações sobre o físico, o psicológico, as relações sociais e o meio ambiente, dos entrevistados. O questionário WHOQOL-abreviado é um instrumento de avaliação de qualidade de vida que foi desenvolvido pela OMS em 1995. No Brasil a coordenação do Grupo WHOQOL, é de responsabilidade do Prof. Dr. Marcelo de Almeida Fleck, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (anexo I).

3.3 Organização e envio de correspondências aos indivíduos selecionados.

Foi organizada a mala direta com nome, endereço e impressos as etiquetas dos selecionados. Posteriormente, foi tirada fotocópia dos documentos, sendo eles o questionário sócio-econômico (uma folha), o termo de aceite (uma folha), do questionário da qualidade de vida (três folhas), totalizando 2.235 cópias. Este material foi enviado no mês de novembro de 2006, no posto do correio de Tangará da Serra. O limite máximo de tempo que foi aguardado para o retorno das correspondências foi o mês de março de 2007.

3.4 Análise Quantitativa

Denomina-se por análise quantitativa ou variável cardinal, aquela que é expressa através de um número, com todas as suas propriedades (VIEIRA; HOFFMANN, 1989).

A análise quantitativa foi realizada com 60 amostras, através do questionário sobre qualidade de vida da OMS, com 26 perguntas, focando os domínios físico, psicológico, social e meio ambiente. O perfil sócio econômico foi avaliado através de um questionário com as

questões: data nascimento; sexo; escolaridade; renda familiar; tempo de prática de Reiki; nível de Reiki e utilização da terapia.

Para o desenvolvimento da análise quantitativa dos questionários: sócio econômico e qualidade de vida foi feita a análise estatística com teste binomial de diferença entre duas proporções com significância de 5% ($p \leq 0,05$) para a análise dos dados obtidos.

3.5 Análise Qualitativa

Conforme Duarte (2002) uma pesquisa é, sempre, um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade, a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são bastante pessoais. De um modo geral, pesquisas de cunho qualitativo exigem a realização de entrevistas. A definição de critérios – em que serão selecionados os sujeitos que vão compor o universo de investigação – é algo primordial, pois interfere diretamente na qualidade das informações. No caso desta pesquisa, alguém que já utilizou a técnica Reiki tem relativamente melhores condições de fornecer informações a partir do próprio ponto de vista: pelo modo diferente de olhar e pensar determinada realidade; por sua experiência, na utilização da técnica e da posse de seus conhecimentos, que são bastante pessoais.

Assim para a realização da pesquisa sobre qualidade de vida dos usuários/terapeutas Reiki foram desenvolvidas as questões: 1) o que você entende por qualidade de vida? 2) a técnica Reiki melhorou a sua qualidade de vida? Como melhorou? Posteriormente este material foi organizado e categorizado segundo critérios relativamente flexíveis e previamente definidos, de acordo com os objetivos da pesquisa.

Ao analisar as respostas dos questionários, observou-se que o número de 60 participantes foi suficiente para fazer a análise qualitativa, porque houve similaridade em várias respostas, o que segundo Duarte (2002) já é possível para identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade e da visão dos pesquisados em questão. Isto possibilitou agrupá-las em grandes categorias, que se interligam, como por exemplo, ter um bom relacionamento entre amigos, família e outros, trabalho, saúde, felicidade, paz e boa alimentação.

Segundo Arnt (2005), a utilização de questionários abertos é uma estratégia para fazer com que apareçam os sujeitos se assumindo como autores de suas idéias e dos seus sentimentos perante a vida, ou o que pensam sobre qualidade de vida e como se vêem dentro deste contexto. Seguindo nesta premissa Foucault (*apud* Arnt, 2005 p. 23) – chamou este

saber de “saber das pessoas, de um saber particular, regional, local, um saber diferencial incapaz de unanimidade, que em geral é abafado pelo discurso científico legitimado”.

Este tipo de informações possibilitou ouvir as “vozes” das pessoas – expressas por elas e não através de um conjunto de números – não bastando saber se as pessoas têm ou não o objeto estudado, interessa saber como as pessoas entendem qualidade de vida, como vivenciam isso, em relação à técnica Reiki. Como exemplo, pode-se citar o caso de uma pessoa que assinalou no questionário WHOQOL-abreviado, que tem com muita frequência pensamentos negativos, mau humor, ansiedade e ao elaborar uma resposta descritiva, sobre em que o Reiki melhorou a sua qualidade de vida, ela afirma que está se centrando mais nela e que o Reiki “me ensinou a me conhecer melhor, ter paciência, respeitar meu ritmo físico, controlando a mente e o corpo”.

A ferramenta utilizada para “dar voz” a estes “saberes das pessoas” entrevistadas, foi à polifonia. Buscando o entendimento de Kock (*apud* Silveira, 2002 p. 67) a polifonia é a “incorporação ao próprio discurso das vozes, de outros enunciadores ou personagens discursivos, (...) ou seja o coro das vozes, que se manifesta normalmente em cada discurso, visto que não é possível separar radicalmente o pensamento do outro do nosso”. Mesmo porque segundo Seld e Zannon (2004), qualidade de vida só pode ser avaliada pela própria pessoa, ao contrário das tendências de usos do conceito avaliado por um observador da área da saúde.

Neste contexto pode-se observar a junção de idéias de alguns entrevistados, com os pensamentos da pesquisadora, quanto ao conceito de qualidade de vida. Percebe-se este movimento, em função da pesquisadora - acadêmica de Ciências Biológicas – ter sido a ministrante do curso de Reiki, para os próprios pesquisados e tendo discutido com seus alunos, em outras épocas, temas como qualidade de vida, auto-estima e auto-aceitação. No tocante a esta reflexão Silveira (2002) traz o pensamento de que, talvez, fosse necessário “questionar em que medida o fato de marcar as palavras alheias como alheias não seja utilizado freqüentemente para esconder que outras palavras, ou seus sentidos, que usamos como “nossas”, também são de outros”.

Isto nos remete ao questionamento de que todo conceito abstrato, como de qualidade de vida, de certa forma, está interligado com os pensamentos de todos os envolvidos: pesquisadora, entrevistados, os elaboradores dos questionários da OMS. Conforme Capra (1997) em recentes descobertas da ciência, todos que discutem este tema, estariam “interligados num sistema vivo” pela lei da atração, em que há um padrão comum que pode ser identificado em todos, através das suas “falas”, pesquisas ou publicações.

4 RESULTADOS

4.1 Perfil sócio econômico dos entrevistados:

Dos 447 questionários iniciais, obteve-se 60 amostras, deste número, a participação de amostragem do sexo feminino foi significativa, conforme demonstra a Figura 1.

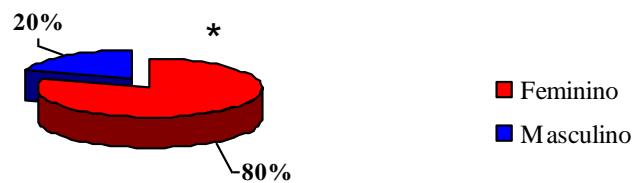


Figura 1: Caracterização dos 60 usuários/terapeutas do Reiki de acordo com o sexo. (*) Teste de significância $p = 0,0001$.

Em relação ao nível de escolaridade dos indivíduos analisados, 51,65% apresentam o nível superior completo, como se observa na Figura 2.

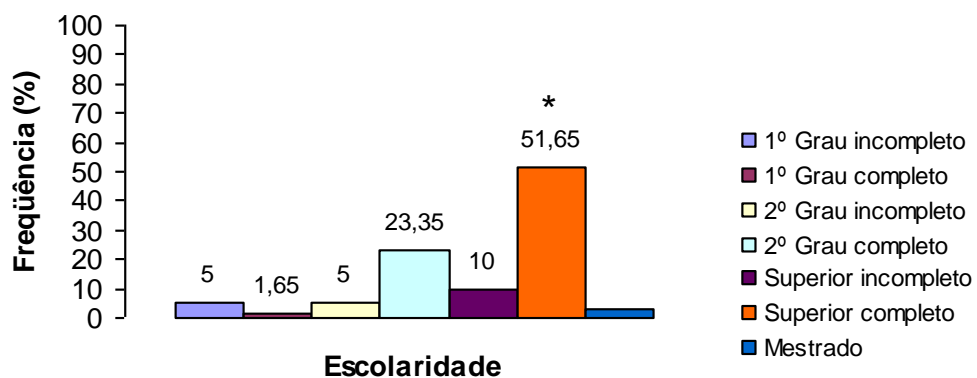


Figura 2: Caracterização do grau de escolaridade dos indivíduos. (*) Teste de significância $p = 0,0001$

A análise da renda familiar dos participantes da pesquisa, demonstrou que a faixa de 1 a 3 salários foi a menor observada no grupo. Na faixa de 5 a 10 e acima de 10 salários está homogênea, conforme a Figura 3.

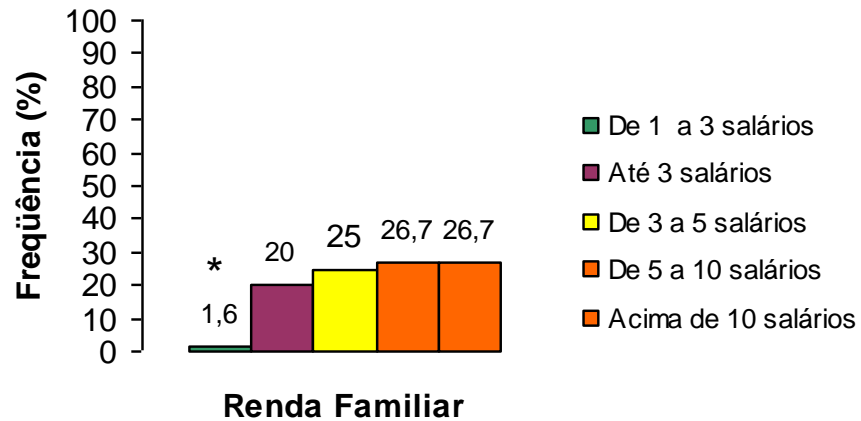


Figura 3: Renda familiar dos usuários/terapeutas entrevistados. (*) Teste de significância $p = 0,0001$.

4.2 Análise dos níveis, tempo de curso e utilização da terapia Reiki.

Analisando a Figura 4 observa-se, que em relação ao tempo de curso dos usuários/terapeutas, com variação de menos de 1 até 6 anos, houve menos participantes, no período de 4 anos.

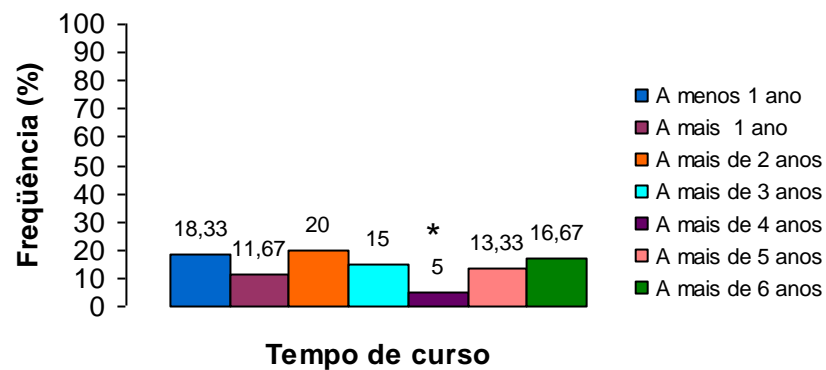


Figura 4: Tempo de curso dos entrevistados. (*) Teste de significância $p = 0,005$

O nível III-B, foi o que apresentou menor número de participantes, dentre os demais pesquisados, como demonstra a Figura 5.

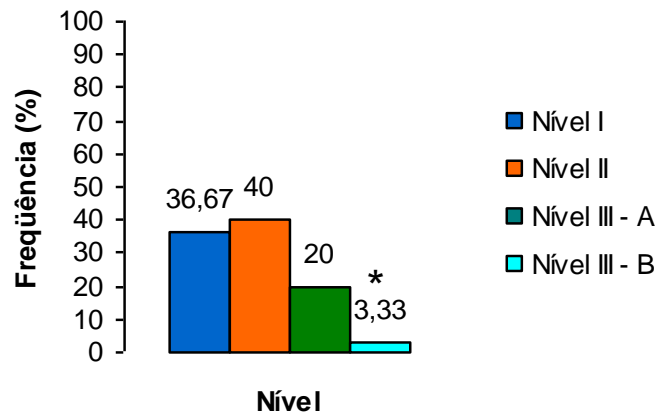
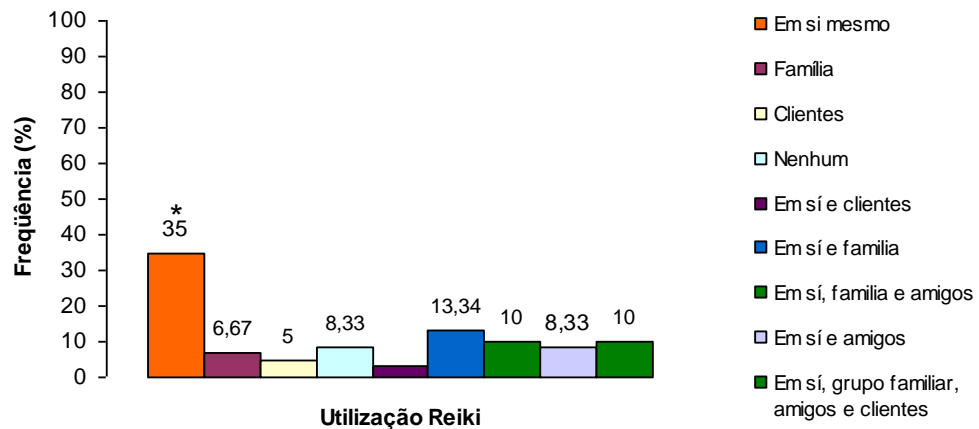


Figura 5: Nível ou grau de Reiki. (*) Teste de significância $p = 0,0001$

Em relação a utilização do Reiki os dados apresentados, na Figura 6 demonstra que a



aplicação da terapia em si mesmo foi significativa em relação as demais aplicações.

Figura 6: Utilização da técnica Reiki. (*) Teste de significância $p = 0,0001$

4.3 Análise da qualidade de vida dos usuários/terapeutas Reiki.

Depois de tantos esforços em busca do programa de estatística de ciências sociais SPSS, não foi possível utiliza-lo na análise da qualidade de vida dos usuários. Também não foi possível a organização estatística dos dados até o presente momento.

5 DISCUSSÃO

O perfil sócio econômico dos usuários/terapeutas Reiki analisados demonstrou prevalência de pessoas do sexo feminino. Dados semelhantes foram demonstrados por Babenko (2004) que enfatizou que o Reiki é procurado predominantemente por mulheres, profissionais liberais da área de saúde, que inicialmente procuram melhorias de saúde e bem estar pessoal. Conforme estudo desenvolvido por Fleck (2000), sobre a associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde, o maior público com estes sintomas e que buscam auxílio, é o feminino. Seguindo esta idéia Lee (2002), afirma que hoje existe um grande número de pesquisas, voltadas ao interesse feminino, como a utilização de soja para o equilíbrio hormonal, divulgadas pela mídia, partindo desta premissa, os profissionais da área alternativa, direcionam suas propagandas a este público, para conquistar mais clientes. Lee afirma ainda que, as pessoas de forma geral acreditam fortemente nas pesquisas científicas, o que pode reforçar o sucesso da investida nas propagandas, e confirmar a prevalência do público feminino ligadas nas terapias alternativas.

O grau de escolaridade dos usuários/terapeutas varia entre mestrado e primeiro grau incompleto, o superior completo tem maior significância. Segundo Nicolino (2003), o público que tem procurado as terapias alternativas de forma geral, tem curso superior, algumas dessas pessoas que se dedicam a esta prática como terapeutas, declaram ter pós-graduação, normalmente buscando informações de cunho científico para introduzir nas práticas alternativas.

Ainda de acordo com Nicolino, o curso de educação física em várias universidades do país, tem oferecido disciplinas voltadas à prática alternativa, como “yoga” e massagem. O Conselho Federal de Enfermagem no Brasil 1997, o COFEN, através da Resolução 197, estabelece e reconhece as Terapias Alternativas como especialidade e/ou qualificação do profissional de Enfermagem (TROVO, SILVA, LEÃO, 2003). Nos Estados Unidos, a Universidade de Colorado, formou uma comissão interdisciplinar, para discutir juntamente com a associação holística americana de enfermagem, a prática da medicina complementar alternativa por enfermeiras graduadas, para colocar no seu programa disciplinar, técnicas alternativas que auxiliam no desenvolvimento acadêmico e profissional (GAYDOS 2001). Desta forma cresce gradativamente o número de profissionais, desta área com curso superior atuante no mercado, tanto no Brasil como em outros países.

A renda familiar na faixa de 1 a 3 salários mínimos foi menos freqüente, sendo que a maior parte do público que participou da pesquisa recebe entre 5 a 10 salários e acima de 10

salários. Com isto pode-se perceber que as pessoas com maior recurso financeiro, tendem a se aventurar mais para conhecer técnicas alternativas como o Reiki. Segundo Babenko (2004), desde a década de 80 o perfil das terapias alternativas vem mudando, deixando de ser “esotérico”, para o profissional, trazendo mais confiança para os usuários, esta mudança pode justificar o percentual encontrado.

O tempo de curso dos entrevistados varia entre 1 a 6 anos, tendo uma diferença significativa no quarto ano com $p=0,05$. Esta diferença pode estar relacionada com o menor número de cursos realizados neste ano, logo tendo menos pessoas que receberam e responderam o questionário.

Quanto aos níveis de Reiki, o III-B, apresentou menor número de indivíduos, demonstrando que a maioria das pessoas que iniciaram o Reiki não completou a formação, talvez por não encontrar respaldo financeiro nesta nova profissão, já que a maioria do público entrevistado recebe de 5 e 10 salários e acima de 10 salários. Outro fator preponderante relaciona-se, ao fato das pessoas desejarem adquirir o conhecimento Reiki, para utilização particular e não profissional.

O processo para alguém se tornar mestre Reiki, desde o nível I ao mestre, leva de 3 a 5 anos, sendo que no nível III-B, o aluno deve acompanhar seu orientador, por alguns meses, durante as práticas dos cursos, depois de iniciado como mestre, precisa ainda ser supervisionado pelo seu professor, até que este julgue seu aluno apto a trabalhar sozinho. Neste grau o aprendizado do aluno não se restringe apenas a técnica, mas abrange a expansão da consciência, para chegar a percepção do ser humano integrado ao universo físico e sutil. Ao vivenciar estas mudanças, em sua formação, o aluno acaba criando um estilo de vida diferente, modificando seus hábitos alimentares, organizando tempo para fazer meditação diariamente (BABENKO, 2004).

Mas por outro lado, alguns profissionais, liberais ligados a área de saúde, na região de São Paulo, hoje começam a se dedicar exclusivamente ao Reiki, tornando-se mestres, abandonando a profissão anterior (BABENKO, 2004). Isto pode estar ocorrendo porque o Reiki chegou primeiro nesta região do Brasil, tendo pessoas envolvidas com a técnica a mais tempo do que no Mato Grosso.

Quanto à utilização da técnica, o item mais significativo foi da ação do Reiki em si mesmo, este procedimento pode ser reflexo dos ensinamentos dos mestres Reiki. Incluindo a mestra Reiki Raber (1988), que ao transmitir os conhecimentos, durante o curso, aos seus alunos, no caso o público entrevistado, focou na importância do processo da auto-cura, em que os reikianos deveriam voltar os seus cuidados a si mesmos, ao seu bem estar, melhorando

sua saúde física, mental e emocional, para depois cuidar das pessoas mais próximas, no caso o grupo familiar.

Outros fatores que contribuem para a utilização do Reiki em si mesmo, é o fato da investir uma ao fazer o curso, e não dependendo mais de terceiros para receber o benefício da terapia. Outra situação é o preço elevado da assistência médica privada, associado ao alto custo dos medicamentos, além da precariedade da assistência prestada pelos serviços públicos em geral. Verifica-se, na maioria das vezes, que as Terapias Alternativas, são tão eficazes como a terapêutica “científica” ou alopática, além do que, se corretamente utilizadas, não ocasionam efeitos colaterais danosos ao organismo, embora seu mecanismo não esteja totalmente esclarecido (TROVO, SILVA, LEÃO, 2003).

O esclarecimento destes mecanismos, em busca base científica das técnicas alternativas, incluindo o Reiki, encontra um desafio pela frente: a comprovação de sua eficácia, sem o efeito placebo. Segundo Carrol (2006), o efeito placebo se caracteriza pelo efeito psicológico, em que o paciente acredita estar recebendo um benefício e deseja a cura. O efeito placebo pode ser também, uma medida da alteração do comportamento, afetado por uma crença no tratamento. Esta alteração pode afetar a química do corpo da pessoa (ALMEIDA, 2000).

A Universidade de Trivandrum, através do departamento de Neurologia, na Índia, têm desenvolvido pesquisas, explicando quimicamente os mecanismos de atuação da força vital do Reiki, também chamada, pelos pesquisadores, de energia de baixo nível de força eletromagnética (EMF). Os cientistas utilizam um modelo de percepção quântica para a função cerebral e consciência, comparando o cérebro a um computador quântico em que envolve a transferência de energia, do curador aos pacientes com epilepsia. Segundo Kurup (2003), depois da aplicação da terapia Reiki, nos pacientes com epilepsia, constatou-se que a frequência das desordens de apreensão da doença, mostrou uma queda significativa, observando também, evidências da regulação do processo metabólico e a mudança neural via aplicação dos baixos níveis de força eletromagnética, ou Reiki.

5.1 Análise Qualitativa

Ao analisar as respostas das perguntas: 1) o que é qualidade de vida pra você? 2) a técnica Reiki melhorou a sua qualidade de vida? Como melhorou? Pode-se criar e organizar algumas categorias através das “falas” dos participantes. Assim nas respostas sobre o que é qualidade de vida, 18 pessoas disseram que é ter saúde; 17 bom relacionamento com a família

e amigos; 17 que é ter um trabalho; 15 ter paz e 13 uma boa alimentação, ser feliz e estar bem consigo mesmo.

Como exemplo pode-se citar a fala de um participante em que diz.

“É ter equilíbrio entre trabalho, família e diversão. Viver feliz e com liberdade e saúde”

Em contrapartida, duas pessoas responderam que é ter conforto, harmonia, outras duas disseram que qualidade de vida para elas é ajudar o outro e ter estudo, uma pessoa disse que é ter amor. Um conceito bem diferenciado foi percebido nesta fala em que o participante afirma que qualidade de vida pra ele é:

“Ser um cidadão honesto, consciente em tudo que esteja em minha expectativa”.

Da segunda pergunta, se a técnica Reiki melhorou a sua qualidade de vida e como melhorou, dos 60 participantes, 54 responderam de forma generalizada que a técnica Reiki os auxiliou de alguma maneira, sendo: 12 pessoas responderam que o Reiki trouxe mais felicidade; 11 que obtiveram mais segurança na vida para tomar decisões; 10 disseram que ficaram mais tranqüilas no cotidiano; 9 que obtiveram melhora na sua auto-estima; 6 encontraram mais harmonia e aprofundaram-se em seu auto-conhecimento, obtiveram paz e bem estar de forma geral; 4 informaram que diminuiu o estresse; 2 participantes, falaram que melhorou a condição financeira e a convivência familiar.

Pode citar a fala de uma Reikiana do segundo grau que engloba as categorias acima

“O Reiki melhorou o meu emocional, a segurança ao tomar decisões, aumentou a felicidade e diminuiu as dores de cabeça”.

Outra participante explicita os resultados do Reiki em sua fala:

“Sim. O Reiki trouxe muita tranqüilidade, paz, confiança e bem estar”.

Percebe-se que várias pessoas falaram coisas diferentes. Comparando o seu conceito de qualidade de vida com relato dos resultados, com o uso da técnica. Um exemplo disso é a fala de 17 pesquisados que responderam que qualidade de vida é ter bom relacionamento familiar e trabalho, mas somente 2 dessas pessoas assinalaram que a técnica melhorou a condição financeira e a convivência familiar.

Obtiveram-se algumas respostas diferenciadas e únicas nas duas questões, como o caso de uma pessoa que ter compreensão para ela é ter qualidade de vida, outra já acha que é ter estudo e outra que é ter amor. Na resposta da segunda pergunta, em que o Reiki auxiliou, uma pessoa disse que eliminou o vício do cigarro, outra que passou a valorizar mais a vida e outra ainda realizou-se na vida pessoal.

Desta forma pode-se perceber que o conceito de qualidade de vida, para as pessoas que responderam o questionário, é bem abstrato, porque qualquer pessoa pode se encaixar neste perfil. Isso se dá por estarem respondendo a partir de suas experiências e o que sentem com relação a vida, como foi o caso de uma freira que respondeu que qualidade de vida é auxiliar o próximo. Por outro lado, uma professora, utilizou para sua resposta um conceito bem universal, de qualidade de vida dizendo que:

“a qualidade de vida acontece quando todas as necessidades básicas são satisfeitas”

Outra senhora respondeu que:

“é a condição social em que cada ser humano tem de direito como a saúde, educação, moradia e alimentação”.

Como qualidade de vida tem a ver com a auto-estima, concentração, satisfação com a saúde (FLECK, 2000), percebe-se uma consonância das respostas das pessoas entrevistadas, com as questões do questionário da OMS, como o caso de uma senhora de 64 anos que respondeu no questionário WHOQOL-abreviado, estar satisfeita com ela mesma e com a sua vida sexual, energia e aparência, estando em conformidade com a pergunta da análise qualitativa, em que ela afirma que o Reiki

“melhorou muito a saúde, tenho um sono mais tranquilo, acordo com mais disposição para enfrentar o dia a dia”.

6 CONCLUSÃO

Com esta pesquisa conclui-se que houve caracterização do perfil sócio econômico dos usuários/terapeutas Reiki, da amostragem analisada. Tendo prevalência da participação de pessoas do sexo feminino e pessoas com curso superior completo. Quanto à renda familiar, observou-se que poucas pessoas recebem até 3 salários e a maior parte dos indivíduos estão na faixa salarial entre 5 e 10 salários e acima de 10 salários. A maioria utiliza a técnica em si mesmo. Tendo 2 pessoas que concluíram a formação final do curso, no grau de Mestrado.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS³

ANDRADE, F. M. C. **Homeopatia no crescimento e na produção de cumarina em chambá *justicia pectoralis Jacq.*** 2000. 214 f. Dissertação (Mestrado em Fitotecnia) Universidade Federal de Viçosa.

ARNT, A. M. **De muros, tempos, artes e pingue-ponge aos genes, anfioxos, mórulas e trissomias: falando do corpo nas práticas escolares.** 2005. 159 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Culturais em Educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ABNT, NBR n° 6023, Rio de Janeiro, ano 2002.

BABENKO, P. C. **Reiki: um estudo localizado sobre terapias alternativas, ideologia e estilo de vida.** 2004. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) Universidade Federal de São Carlos.

BACK, H.; GRISA, P. **A cura pelas mãos.** 6 ed. Santa Catarina: PPI, 1989. 171 p.

BRASIL, Portaria n° 971, de 3 de maio de 2006. **Diário Oficial da União; Poder Executivo,** Brasília, DF, 4 maio 2006. Seção 1, p. 20-5

BRAZ, M. M. **Educação integral: Um modelo de ensino da fisioterapia baseado na física quântica.** 2006. 220 f. Dissertação (Doutorado em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 10 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 199 p.

BONTEMPO, M. **Medicina natural e medicina oriental.** 1 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1992. 62 p.

BULLOK, K. Reiki: a complementary therapy for life. **The American Journal of Hospice & Palliative Care.** p.31-33, 1997. Disponível em: <<http://www.sagepub.com>>

BARCIA, M. S. **Comportamentos e relacionamentos dos indivíduos na organização: uma contribuição das teorias da gestaltterapia e da ciência da complexidade.** 2004. 128 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina.

CARROL R. T. Dicionário Céptico. Disponível em: <<http://skepdic.com/brazil/placebo.html>>. Acesso em: 21 out. 2006.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: A ciência, a sabedoria e a cultura emergente.** 25 ed. São Paulo: Cultrix, 2005. 447 p.

CAPRA, F. **O Tão da física: Um paralelo entre a Física Moderna e o Misticismo Oriental.** 16 ed. São Paulo: Cultrix, 1995. 273 p.

³ Normas da ABNT NBR n° 6023, Rio de Janeiro, ano 2002.

- CAPRA, F. **A teia da vida**: Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 2 ed. São Paulo: Cultrix, 1997. 256 p.
- CASTIEL, L. D. O estresse na pesquisa epidemiológica. **Revista saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15 (suplemento): p. 103-120. 2005.
- CASTRO, D. M. **Preparações homeopáticas em plantas de cenoura, beterraba, capim-limão e chambá**. 2002. 227 f. Dissertação (Doutorado em fitotecnia) Universidade federal de Viçosa.
- CHOPRA, D. **O retorno do rishi**: a jornada de um médico indiano em busca da felicidade interior e da cura integral. São Paulo: Best seller, 1989. 230 p.
- DAHALKE R. **A doença como caminho**: quando a doença mostra a cura. 5 ed. São Paulo: Cultrix, 1992. 220 p.
- DAHALKE, R. **A doença como linguagem da alma**: os sintomas como oportunidade de desenvolvimento. 6 ed. São Paulo: Cultrix, 2005. 327 p.
- DE' CARLI, J. Reiki: a terapia do 3º milênio. São Paulo: Madras, 1999. 205 p.
- DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo. **Revista Cadernos de pesquisa**. Rio de Janeiro, n 115, p. 139-154. 2002
- FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.
- FLECK, M. P. A. *et al.* A aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.
- GAYDOS, H.L. Complementary and Alternative Therapies in Nursing Education: Trends and Issues. **Online Journal of Issues in Nursing**. V. 6, n 2, 2001. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/ojin/topic15/tpc15_5.htm>
- GERBER, R. **Medicina vibracional**: uma medicina para o futuro. 12 ed. São Paulo: Cultrix, 1997. 463 p.
- HAWKING, S. **O universo numa casaca de noz**. São Paulo: Mandarin, 2001. 215 p.
- HONERVGT, T. **Reiki cura e harmonia através das mãos**. 2 ed. São Paulo: Pensamento, 2000. 140 p.
- KING, R.; ABARCA, O. **Reiki para todos**: energia vital em ação. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova era. 1995. 197 p.

KURUP, P. A. Changes in the isoprenoid pathway with transcendental meditation and Reiki healing practices in seizure disorder. **Revista Medknow Publications**. Índia v. 51, n. 2, p. 211-214, 2003.

KLINGER, C. J. et al. La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. **Revista Colombia Médica**, v. 36, n. 2, p. 120-129, 2005.

KROEGER, M. I. B. **Fatores que influem no trabalho do terapeuta natural durante o atendimento de trabalhadores com depressão**. 2003. 145 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina.

LEE, P. S. **Ciências naturais e pseudociências em confronto**: uma forma prática de destacar a ciência como atividade crítica e diminuir a credulidade em estudantes do Ensino Médio. 2002. 213 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina.

MINAYO, M. C. S.; HATZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Revista Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5 n. 1, p. 7-18, 2000.

(NCCAM) NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE Disponível em: <<http://nccam.nih.gov/research>>. Acesso em: 15 out. 2006.

NICOLINO, A. da S. **A formação do profissional das práticas corporais alternativas**. 2003. 123 f. Dissertação (Mestrado em ciência da motricidade – área da pedagogia da motricidade humana) Universidade Estadual de Rio Claro.

NUÑEZ, H. M. F.; CIOSAK, S. I. Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito administrativo 71 – Santo Amaro – São Paulo. **Revista Esc Enfermagem USP**. São Paulo v. 37 n 3, p 11 – 18, 2003.

PACHECO, G de P. **Estilos individuais de escolha no processo de aprendizagem**. 2001. 173 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) Universidade Federal de Santa Catarina.

RABER, M. D. **Reiki**: sistema Usui de cura natural. 1998. (apostila)

SCHRAMN, F. R. Nihilismo tecnocientífico, holismo moral e a ‘bioética global’ de V. R. Potter. **Revista História, Ciência, Saúde**. Manguinhos, v. IV, p 95 – 115, 1997.

SELD, E. M. F.; SANNON, C. M. L da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Revista Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro n 20 p. 580-588. 2004

SILVA, M. J. P.; JUNIOR, D. B. Ensinando o toque terapêutico: relato de uma experiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 4 n. spe, p. 1-8, 1996.

SILVEIRA, R. M. H. “Olha quem está falando agora!” A escuta das vozes na educação. In: COSTA, M. V. (org) **Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em educação**. 2 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 61 – 81.

STEIN, D. **Reiki essencial**: Manual completo sobre uma antiga arte de cura. 2 ed. São Paulo: Pensamento, 1998. 262 p.

TROVO, M. M.; SILVA, M. J. P.; LEÃO, E. R. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11 n. 4, p.483-489, 2003.

UNIVERSITY OF COLORADO HEALTH SCIENCES CENTER. University of Colorado report on Touch Therapy, 1994. Disponível em:
<http://www.parascope.com/articles/1196/doc_d.htm>. Acesso em: 15 out. 2006.

VIEIRA, S. HOFFMANN, R. Elementos de estatística. São Paulo: Atlas, 1989. 159 p.

(WHO) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Legal status of traditional medicine end complementary/Alternative medicine: A worldwide Review: 2001. Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_EDM_TRM_2001.2.pdf>. Acesso em: 13 out. 2006.

(WHO) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2002. Estrategia de lá OMS sobre Medicina Tradicional 2002 - 2005. Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf>. Acesso em: 12 maio 2007.

ANEXOS