



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**Significados de *Empowerment* Psicológico na
Experiência de Doença Oncológica: Reiki como
Técnica Promotora**

- Um estudo exploratório-

Rita Susana Évora Ferreira

Orientador de Dissertação:

Professor Doutor José Henrique Pinheiro Ornelas

Coordenador do Seminário de Dissertação:

Professor Doutor José Henrique Pinheiro Ornelas

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Comunitária

2014

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor José Henrique Pinheiro Ornelas, apresentada no ISPA – Instituto Universitário, para obtenção de grau de Mestre, na especialidade de Comunitária.

Agradecimentos

Nos últimos anos, deparo que um profundo sentimento de gratidão, dirigido a cada momento da vida, intensifica-se no meu coração. Um reconhecimento puro a todas as pessoas e situações que se cruzaram no meu caminho, neste processo tão individual que é a procura de um sentido mais profundo da existência.

À minha mãe, Lígia Évora Ferreira - minha eterna musa inspiradora, que sem o seu exemplo de poder e de resiliência, este tema não teria sido pensado. Em clara homenagem a ela, sou-lhe grata eternamente.

Ao Professor Doutor José Ornelas, pela sua abertura à proposta de pesquisa, pelo apoio na realização da tese e, pela sua postura desafiante, deu-me indirectamente a motivação necessária para não desistir.

À Professora Maria Vargas – Moniz, pela sua disponibilidade e incentivo.

À minha família – pais e irmãs - os meus pilares, grata pelo vosso amor e incentivo incondicionais e por confiarem plenamente nas minhas decisões.

A toda a comunidade da Associação Portuguesa de Reiki, pelo seu amor, apoio, motivação e reconhecimento prestados ao longo da pesquisa. Um especial obrigado ao João Magalhães, Andreia Vieira e aos praticantes voluntários. Desejo que continuem a canalizar Luz no coração de todos.

Aos participantes deste estudo, em processo de *recovery*, por terem aceite dar a sua preciosa colaboração, um especial e muito sincero obrigado.

Às minhas colegas de Mestrado, que directa ou indirectamente, contribuíram para a realização desta pesquisa científica, pelo companheirismo e troca de experiências vividas ao longo dos últimos anos.

À força inteligente e sensível do Universo, que parece ser uma plataforma para a realização dos nossos sonhos, movendo-se pelo fluxo constante de pequenos milagres.

Por fim, e não menos importante, a todos os meus amigos que aqui não se encontram nomeados, um sincero agradecimento por fazerem parte da minha vida.

Resumo

As componentes do *Empowerment* Psicológico demonstram ser relevantes para as pessoas com experiência de doença oncológica, devido às inúmeras formas em que estas tendem a perder o controlo.

Esta dissertação procurou investigar o papel do Reiki no *Empowerment* de pessoas com experiência nesta doença, numa perspectiva comunitária. Teve como seu principal objectivo, conhecer experiências subjectivas vividas através do Reiki, a percepção que têm as pessoas no que respeita aos benefícios na saúde e a forma como o Reiki se pode tornar num recurso de promoção da saúde, como processo de *Empowerment*, contribuindo assim para o estudo das suas dimensões nesta comunidade.

A execução empírica do presente trabalho, de carácter exploratório, foi desenvolvida em duas abordagens distintas - quantitativa e qualitativa. A amostra do estudo é constituída por 25 participantes oncológicos, 15 que utilizaram apenas tratamento convencional e outro grupo de 10 que complementaram estes tratamentos com o Reiki. Numa primeira fase, foi dado a conhecer ao participante a conceptualização do processo de *E.P*, tendo em vista a aplicação do Questionário de *Empowerment* Psicológico (adaptado de Mok, 1998), com o objectivo de entender as diferenças, quanto aos seus níveis, entre aqueles que utilizaram a abordagem complementar Reiki e os que recorreram apenas ao tratamento convencional. Numa segunda fase, através da entrevista explorámos o significado que 5 dos participantes utilizadores de Reiki atribuíam ao *E.P*, com o objectivo de analisar o papel empoderador do Reiki. Pela análise temática, procurou-se verificar os temas inerentes às dimensões de *E.P* atribuídos ao Reiki, pelas participantes.

Os principais resultados apontam para 7 temas principais no processo empoderador do Reiki e indicam uma diferença significativa nos níveis do *Empowerment* Psicológico, entre os dois grupos. Concluímos que estes resultados reforçam a necessidade de conceptualizar o *E.P* para este contexto, enquanto processo individual, social e colectivo.

Palavras Chave: Reiki, *Empowerment* Psicológico, Doença Oncológica, Tratamento Complementar, Tratamento Convencional.

Abstract

Psychological Empowerment components are relevant in people experiencing oncologic illness because of the numerous ways in which they come to lose control.

This research aims to investigate, in the community perspective, the role of Reiki in the empowerment of people with experience of oncologic illness. In this sense, the main aim was to understand the subjective experiences in Reiki, perception of their health benefits, and how it can become a promising resource for the promotion of empowerment and contribute to the study of the dimensions of empowerment in this community.

The empirical implementation was developed in two distinct approaches - quantitative and qualitative as an exploratory study. From a sample of 25 participants with cancer, 15 who only used the conventional treatment and another group of 10 who complemented these treatments with Reiki. In the 1st phase it was explained the conceptualization of the process of empowerment, and a psychological empowerment questionnaire of 34 items (adapted from Mok, 1998) was applied, in order to understand the differences in the levels of empowerment, among those who use complementary approach Reiki and those who use only conventional treatment. In the 2nd phase through semi - structured interview, we explored the concept of empowerment from the perspective of 5 participant users of Reiki, and the empowering role of Reiki was examined.

In the light of thematic analysis, it was verified the themes inherent to the dimensions of empowerment attributed to Reiki, by the participants.

The main conclusions were the confirmation for the existence of 7 main themes for the empowering process of Reiki, and there are differences in sense of Psychological *Empowerment* for the both groups. We conclude that these results reinforce the need to conceptualize the EP in this context, as an individual, social and collective process.

Keywords: Reiki, Psychological Empowerment, Oncologic Illness, Complementary Treatment, Conventional Treatment

Índice

Introdução	1
1. Contextualização Teórica	4
1.1. O processo de doença oncológica e o impacto na vida das pessoas	4
1.2. Empowerment Psicológico na promoção da saúde e suas Componentes.....	6
1.3. Processo Empowering no contexto da doença oncológica	10
1.4. Componentes de Empowerment na experiência de doença oncológica	13
1.5. Medicina Alternativa/Complementar e suas Componentes de Empowerment (EP)	20
1.6. Técnica Energética Reiki.....	24
1.7. Exemplos de estudos empíricos	28
2. Metodologia	31
2.1. Objectivos	32
2.2. Participantes da amostra	33
2.3. Instrumentos	34
2.3.1. Questionário Sócio-Demográfico	35
2.3.2. Questionário de Empowerment Psicológico para pessoas com experiência de doença oncológica (Mok, 1998) – Versão Inglesa.	35
2.3.3. Entrevista individual Semi – Estruturada	38
2.4. Procedimentos	39
2.5. Processo de tradução do Questionário de Empowerment Psicológico (EP) a pessoas com experiência de doença oncológica (Mok, 1998).....	40
3. Processo de Análise dos Dados	42
3.1. Questionário de Empowerment Psicológico a pessoas com doença oncológica – QEDO_VP1, Ferreira e Ornelas (2013).....	42
3.2. Análise Temática Qualitativa (Braun & Clarke, 2006)	42
4. Resultados	44
4.1. Questionário de Empowerment Psicológico a pessoas com doença oncológica – QEDO_VP1, Ferreira e Ornelas (2013).....	44
4.2. Entrevistas individuais – Componentes de E.P associadas ao Reiki.....	49
5. Análise e Discussão dos Resultados	56
5.1. Questionário de Empowerment Psicológico para pessoas com doença oncológica – QEDO_VP1, Ferreira e Ornelas (2013).....	57
5.2. Entrevistas individuais – Componentes de E.P associadas ao Reiki.....	57
6. Conclusões gerais	84
Referências Bibliográficas:	87

Lista de Figuras

Figura 1 – Género dos participantes.....	44
Figura 2 – Grupo Etário dos participantes.....	45
Figura 3 - Nível de formação dos participantes.....	45
Figura 4 – Data de Diagnóstico.....	46
Figura 5 – Mapa conceptual temático das componentes de EP associadas ao Reiki.....	53
Figura 6 –Resultado das componentes empowered do Reiki.....	55
Figura 7 – Componentes do ciclo de recursos no processo de empowerment associados ao Reiki.....	56

Lista de Tabelas

Tabela 1. – Processo de empowering dos Participantes oncológicos (adaptado de Mok et al., 2004)	16
Tabela 2 – Características que separam as CAM's da Medicina Convencional (adaptado de Apellbaum, 2003).....	22
Tabela3 – Exemplos de Estudos Empíricos	30
Tabela 4 – Fases de Análise Temática (adaptado de Braun & Clarke, 2006)	43

Lista de Quadros

Quadro 1 – Estatística Descritiva para o valor das médias dos constructos	47
Quadro 2 – Análise dos níveis de E.P de cada constructo para os 2 grupos	47

Lista de Anexos

Anexo A – Quadro dos Temas de Empowerment nos Participantes Oncológicos (retirado do texto original de Mok, 1998).....	95
Anexo B - Tabela de Informação Sócio – Demográfica dos Participantes.....	96
Anexo C - Questionário de Empowerment Psicológico para pessoas com experiência de doença oncológica (retirado de Mok, 1998) – Versão Inglesa.....	97
Anexo D – Consentimento Informado para Questionário	99
Anexo E - <i>Carta de Consentimento para recolha de dados da Associação Girassol Solidário</i>	101
Anexo F - Questionário de Empowerment Psicológico para pessoas com experiência de doença oncológica (Ferreira & Ornelas, 2013) – Versão Portuguesa.....	102
Anexo G - Consentimento Informado para Entrevista Semi – Estruturada	105
Anexo H - Guião de Entrevista Semi – Estruturada.....	107
Anexo I – Tabela do Processo de Tradução do Questionário de Empowerment (Mok, 1998).....	109
Anexo J – Alpha de Cronbach do Questionário de E.P para pessoas com experiência de doença oncológica (Ferreira & Ornelas, 2013) – Versão Portuguesa.....	123
Anexo K – Estatística Descritiva para as dimensões da Escala, correspondente aos 2 grupos	124
Anexo L – Comparação de médias de E.P para os 2 grupos – Pressupostos e T - student	125
Anexo M – Relação entre a Data de Diagnóstico e os níveis de cada dimensão para os 2 grupos (Pearson)	126
Anexo N - Relação entre a Formação e os níveis de cada dimensão para os 2 grupos (Spearman)	127
Anexo O - Relação entre a Idade e os níveis de cada dimensão para os 2 grupos (Pearson).....	129
Anexo P – Fase I – Transcrição das Entrevistas	131
Anexo Q – Fase III – Análise dos Dados por Temas e Sub-Temas.....	153

Glossário de Siglas

E.P – *Empowerment* Psicológico

GAM – Grupos de Ajuda Mútua

CAM's – Medicina Alternativa e Complementar

GAR – Grupos de Apoio Reiki

Introdução

“The secret of change is to focus all your energy, not on fighting the old, but on building the new”

Sócrates (470 a.C – 399 a.C)

Com a presente dissertação de mestrado, realizada no âmbito do 2º ano de Mestrado em Psicologia Comunitária no ISPA - IU, procurou-se realizar um estudo exploratório acerca do papel do Reiki no *Empowerment* de pessoas com experiência de doença oncológica.

A frase com que se inicia o presente trabalho foi proferida por Sócrates - filósofo clássico da Grécia Antiga, a reflexão que nos proporciona é a linha condutora do nosso trabalho.

Vivenciar a experiência de doença oncológica abala os mecanismos de adaptação anteriores, desafiando as pessoas a procurarem novas respostas face à situação actual que as penalisa. Deste modo, o estudo que passaremos a apresentar localiza-se no epicentro do paradigma de *Empowerment* em pessoas a vivenciar a doença oncológica.

Sendo esta uma situação de crise, apela para um sentido de oportunidade que, por sua vez, desempenha um papel de transformação para algo de “novo” a surgir, o qual toma necessário, mediante os obstáculos, a utilização de métodos e recursos para a sua resolução (Ornelas, 1997, 2008; Caplan, 1964).

O que se pretende com este estudo é determinar a influência existente entre a prática de Reiki no *Empowerment* Psicológico destas pessoas. Para tal, construiu-se numa primeira fase, a entrevista individual aberta e semi - estruturada, que contém significados atribuídos acerca do que é o *Empowerment* para esta comunidade, qual é a função empoderadora que a prática do Reiki pode facultar. Numa segunda fase, através da aplicação do Questionário de *Empowerment* Psicológico a pessoas com experiência de doença oncológica – QEDO_VP1, Ferreira e Ornelas (2013) (adaptado de Mok, 1998), pretende-se observar se existem diferenças significativas de *Empowerment* Psicológico, entre os dois grupos de participantes.

A pertinência deste estudo deve-se ao facto da temática em questão, consistir numa abordagem emergente da saúde em comunidade, a qual carece de mais informação e investigação.

Tal como a literatura sugere, as questões de *Empowerment* Psicológico são úteis para as pessoas em processo de doença oncológica, devido às inúmeras formas em que estas tendem a perder o controlo (Mok, 1998).

Quanto à motivação de âmbito pessoal pelo tema, esta foi também despoletada pelas actividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular, onde se participou activamente junto dos profissionais de saúde nos diversos tipos de contextos. Tendo-se, observado alguma falta de informação, ainda existente, entre pessoas com experiência oncológica nos diferentes tipos de tratamentos e recursos a recorrer para a promoção da sua saúde.

Esta realidade exigiu uma especial atenção e dedicação, proporcionando a possibilidade de intervir junto desta comunidade, atendendo às suas necessidades, e estudando as múltiplas questões no processo de doença e os recursos disponíveis existentes.

Neste particular, a motivação de foro académico e pessoal alia-se à necessidade de aprofundar conhecimentos e competências para trabalhar com a comunidade oncológica e as suas famílias, numa perspetiva multidisciplinar, dando um contributo diferente à Psicologia Comunitária, na área específica de Intervenção na Crise.

A Psicologia Comunitária assenta em pressupostos, que se destinam a desenvolver comunidades saudáveis através de mudanças sociais provocadas num contexto específico (Ornelas, 1997; 2008). Sendo a intervenção comunitária, o trabalho social é realizado junto das populações inseridas em diversos ambientes, através do qual as comunidades podem melhorar o seu estado psicológico (Ornelas, 1996; 1997), o tema desta investigação dirige-se nesse sentido. Ao abordar uma comunidade oncológica em processo de *recovery*, a presente tese, procura demonstrar os benefícios do Reiki na atenuação de sofrimento, na promoção da saúde e bem – estar, no fortalecimento de recursos internos e na atribuição de poder e controlo face à doença, enquanto fonte de *empowerment*.

Nesta óptica, promover comunidades mais activas / participativas na sua saúde e bem-estar e, ao mesmo tempo, conscientes do seu *empowerment* num contexto de crise é o objectivo último da presente dissertação.

Mostra-se necessário desvendar onde falha o ajustamento entre as pessoas e os contextos, o que implica uma relação de interdependência, em que as pessoas e os contextos funcionam como parte do mesmo sistema integrado, pelo que a resolução desse problema requer a sua plena adaptação (Ornelas, 1997).

Doravante, para o propósito deste estudo, substituiu-se os discursos linguísticos utilizados, amiúde, na literatura. Tais conceitos como: “paciente com cancro”, “doente com cancro” ou “cliente”, para termos como: “pessoa com experiência de doença oncológica”, “pessoa com experiência oncológica”, “pessoa em processo de *recovery*”, “participante oncológico”, ou “indivíduo”, por possuírem uma linguagem e conotação mais *empowering* e implicarem maior poder e controlo sobre a doença.

O presente estudo está organizado em seis partes que se desdobram em subsecções. No âmbito da primeira parte contextual, é feita a revisão da literatura existente acerca das componentes de *Empowerment* no contexto da saúde e da doença oncológica, em particular, abordando-se os seguintes temas: O processo de doença oncológica e o impacto na vida das pessoas; O *Empowerment* Psicológico na promoção da Saúde e suas componentes; O Processo de *empowering* no contexto da doença oncológica; As Componentes de *empowerment* na experiência de doença oncológica; A Medicina Alternativa/Complementar e suas Componentes de *empowerment* (EP); A técnica energética Reiki e a sua natureza empoderante; Exemplo de estudos empíricos no Reiki. A segunda parte apresenta o Método, abordando os Objectivos a que o estudo se propõe alcançar; o grupo de Participantes; a descrição dos Instrumentos utilizados, os Procedimentos que foram efectuados. Na terceira parte descreve-se o Processo de Análise dos Dados, ao qual recorreu-se ao Questionário de *Empowerment* Psicológico a pessoas com doença oncológica – QEDO_VP1, Ferreira e Ornelas (2013), bem como à realização da Análise Temática Qualitativa (Braun & Clarke, 2006). Na quarta parte abordam-se os principais Resultados obtidos desta investigação, relativos à análise quantitativa dos dados para o Questionário de *Empowerment* Psicológico a pessoas com doença oncológica – QEDO_VP1, Ferreira e Ornelas (2013) e relativos à análise qualitativa das entrevistas individuais, alcançando as principais componentes de E.P, associadas ao Reiki, deste estudo. Na quinta parte, realiza-se a Análise e Discussão desses mesmos resultados (quantitativos e qualitativos), tendo em conta a questão de investigação e concordância com a literatura existente. No sexto e último capítulo são apresentadas as Conclusões finais, efectuando-se o balanço da análise dos resultados obtidos e reflectindo-se acerca dos limites do estudo e as seguintes propostas de investigação futuras.

1. Contextualização Teórica

“All great changes are preceded by chaos”

Deepak Chopra

O presente capítulo à luz da temática em estudo procura analisar o processo de doença oncológica sob a perspectiva da pessoa e não da doença, o impacto que a mesma tem na vida das pessoas e quais os mecanismos e recursos de adaptação que fazem parte deste processo para a promoção de *empowerment*. Disserta-se sobre o processo de *Empowerment* Psicológico, bem como as suas componentes, procurando as que estão associadas ao processo de doença oncológica, visando igualmente definir o conceito de Medicina Alternativa/Complementar, onde se insere a técnica Reiki, como um potencial recurso ao *empowerment* psicológico.

1.1. O processo de doença oncológica e o impacto na vida das pessoas

O processo de doença oncológica não só afecta a vida do indivíduo a um nível biopsicossocial, e os seus mecanismos habituais de resolução de problemas, como a própria família e toda a rede social de apoio (Santana, Zanin & Maniglia, 2008).

Em Portugal estima-se que por ano cerca de 40 a 45 mil casos novos tenham sido diagnosticados (Guerreiro & Guimarães, 2004) e como tal, é inquestionável a necessidade de investigação constante neste domínio, como forma de determinar melhor as suas causas, o seu desenvolvimento, bem como estudar novas formas de prevenção, tratamentos e recursos disponíveis (<http://www.ligacontracancro.pt>).

Neste sentido, a escolha do tratamento a recorrer, para a maioria das pessoas com experiência oncológica, mostra-se determinante quer para a qualidade de vida das mesmas quer para o processo de *recovery* da doença (Durà & Ibañez, 2000). A forma de tratamento deverá ser adaptada à realidade de cada pessoa (<http://www.ligacontracancro.pt>). Sendo que as principais e as mais conhecidas formas de tratamento convencionais incluem a cirurgia; quimioterapia e radioterapia (Guerreiro & Guimarães, 2004).

Não obstante, um dos muitos factores que afecta o bem – estar psicológico da pessoa, para além do problema de saúde e das consequências decorrentes dos tratamentos, relaciona-se com o estigma social e o estereótipo que a palavra “cancro” acarreta em si, à qual normalmente se associa a palavra “morte”, acabando por afectar o natural equilíbrio físico e emocional da pessoa que vivencia a experiência (Bloom, Kang & Romano, 1991).

Além disso, sentimentos de inadequação pessoal, falta de controlo e aumento da sensação de vulnerabilidade, tensão e confusão, podem sobrevir com um diagnóstico de cancro (Lesko, Ostroff & Smith, 1991; Rowland, 1989 citado por Helgeson & Cohen, 1996).

Deste modo, o impacto da experiência de doença oncológica é profundamente desafiante a vários níveis: físico, mental, emocional, espiritual e relacional, para todos os envolvidos: a própria pessoa, família e amigos, e em última instância, para os profissionais de saúde que fazem da doença o seu dia-a-dia (Pierce, 2007).

Atendendo à perspectiva ecológica (Brofenbrenner, 1979; Kelly, 2006), revertendo para contexto de doença oncológica, a comunidade é constituída por um conjunto de sistemas ecológicos, tais como: os indivíduos, as relações directas que estes estabelecem com a família, os amigos, os profissionais de saúde, o hospital, os grupos de ajuda mútua, numa relação estabelecida do micro para o macrosistema, onde também se incluem as crenças, os valores e a cultura, que influenciam o indivíduo e são influenciados por este.

Compreendendo o contexto ecológico onde se insere a pessoa, e todo o seu meio envolvente, entende-se que mediante esta realidade, ela pode enfrentar dificuldades na alteração da rotina diária, perda na qualidade de vida (QDV) em virtude dos tratamentos convencionais; maior dependência de cuidados; distúrbios do sono; alteração da imagem corporal; isolamento social, etc. (Neto, Araújo & Curado, 2000; Amar, Rapoport, Franzi, Bisordi & Lehn, 2002; Nucci, 2003 citado por Santana, Zanin & Maniglia, 2008). Culminando, por sua vez, em sofrimento psicológico que resulta de sintomas depressivos, ansiedade, *distress*, medo, pensamentos de desesperança e incerteza quanto ao futuro. Manifestando-se, rapidamente, para um estado de crise e desequilíbrio. (Guerreiro & Guimarães, 2004; Santana et al., 2008; Stang & Mittelmark, 2008; <http://www.cancer.org>).

Segundo Seligman (1996); Durà e Ibañez (2000) é evidente que cada indivíduo apresenta-se um caso único com necessidades e características intrínsecas muito próprias, passando pelas fases específicas de crise de formas muito diferentes.

Segundo Pestana, Estevens e Conboy (2007), vários estudos têm confirmado o impacto negativo que o *stress* psicológico pode ter, não só ao nível emocional, como também no próprio organismo, inibindo o sistema imunológico.

Trudeau-Hern e Daneshpour (2012) referem que corpo e mente são indissociáveis e que a sua dissociação é desadequada, uma vez que um afecta o outro.

Segundo os mesmos autores, o impacto negativo da doença requer uma rede social de apoio, com vista a facilitar o reconhecimento e a aceitação face à doença, a fim de encontrar a melhor forma de adaptação (Trudeau-Hern & Daneshpour, 2012).

Por vezes a experiência em curso, dado ao seu carácter de imprevisibilidade, ultrapassa as capacidades de controlo que a pessoa conhece, mas ao recorrer à sua rede de apoio, a pessoa encontra os recursos de que necessita sob as vias da informação, emocional ou instrumental para ultrapassar a experiência (Chalifour, 2009).

E é nesse sentido que a pessoa está perante uma situação de crise, dada a experiência da doença vivida, no entanto a resolução do problema quando se dá de forma adaptativa, passa-se a dominar a situação actual e apreende-se estratégias para o futuro (Parada, 2004 citado por Sá., Werlang & Paranhos, 2008), sendo que essa situação poderá vir a representar uma oportunidade, na forma como o indivíduo lida positivamente com a mesma (*coping*). Já que “*a estratégia de coping voltada para a regulação da emoção é adequada para gerir a condição de ansiedade que o paciente pode vivenciar na ocorrência dos tratamentos, como a cirurgia, radioterapia ou quimioterapia*” (Koffman et al., 2012)

Stang e Mittelmark (2010) advogam que o propósito deverá servir para demonstrar que a experiência de doença oncológica pode oferecer um novo sentido para a vida das pessoas e, de acordo com os resultados do seu estudo, a perspectiva de *empowerment* pode tornar-se numa importante inspiração para estas pessoas.

De seguida passaremos a analisar o *empowerment* ao nível individual e/ou psicológico e suas componentes, bem como os processos *empowering* no contexto da doença oncológica e as principais componentes de resultados *empowered* que ocorrem na experiência vivida de doença oncológica, às quais nos surgem da literatura.

1.2. *Empowerment* Psicológico na promoção da saúde e suas Componentes

Partindo de autores como Julian Rappaport (1981; 1984; 1987; 1995) - importante teórico do movimento da psicologia comunitária - ou Marc Zimmerman (1987; 1995), o

Empowerment, sendo um constructo multidimensional, é um conceito complexo que abarca noções de diferentes contextos para assumir diferentes formas, podendo ocorrer a um nível individual, organizacional ou comunitário.

O *Empowerment* Psicológico (EP) compreende a percepção das pessoas acerca das suas competências, bem como o seu envolvimento activo nas comunidades, um processo no qual as pessoas aprendem a fazer correspondência entre os seus objectivos e os meios necessários para os alcançar (Zimmerman, 1995).

Constitui-se num princípio central para a promoção da saúde e tem como preocupação fundamental o aumento do sentimento de controlo percebido pelos indivíduos e comunidades perante as suas próprias vidas, incluindo a sua saúde (South & Woodall, 2010). Da mesma forma, Fetterman e Wandersman (2004), reconhecem-no como um processo que possibilita a aquisição de controlo do seu próprio ambiente físico, psicológico, emocional, social e/ou cultural. Sendo por isso fundamental, no que concerne à qualidade de vida (QDV), ao nível da promoção da saúde, o incentivo à informação e capacitação dos indivíduos para tomar decisões conscientes ao nível dos comportamentos de risco ou benéficos para a sua saúde, bem como o acesso aos diversos métodos de tratamento (Becker, Edmundo, Nunes, Bonatto & Souza, 2004).

Nesse sentido, procura-se no presente trabalho integrar ambos os conceitos, estabelecendo a ponte existente, embora pouco estudada, entre o *Empowerment* e os benefícios para a saúde e bem - estar, resultante de doença física.

Segundo South e Woodall (2010) tem havido alguma evidência científica que reporta a eficácia de estratégias de *Empowerment* que levam a uma melhoria para a saúde das pessoas pertencentes a grupos de risco, nomeadamente grupos de população específicos - como a violência contra as mulheres, o abuso sexual de jovens ou a população com a doença do HIV. Os estudos sugerem que o *Empowerment* psicológico pode, efectivamente, ter um impacto positivo na saúde e bem - estar, deste grupo de participantes, relativamente a 5 áreas – chave, tais como: *confiança*; *auto – estima*; *auto – eficácia*; *sentimento de comunidade*; *sentimento de controlo*, desenvolvimento dos *mecanismos de recovery* e, em alguns casos, incrementa o *conhecimento* e a *consciência*, levando à mudança de comportamentos e atitudes.

Possuir a noção de controlo pessoal é importante e tem efeito directo ao nível da saúde física e mental, este controlo poderá aumentar através da participação em grupos de pessoas que compartilham interesses em comum. A participação nos processos de *empowering* (empoderamento) consiste numa característica pertinente para o fortalecimento das comunidades com experiência em doença física, pois enquanto indivíduos têm mais

probabilidade de alcançar os seus objectivos, uma vez que trabalham em conjunto com outras pessoas que enfrentam problemas semelhantes. À semelhança da coesão social, que amplifica as redes de suporte e apoio social, ajudando os indivíduos a lidar com as situações de *stress* (South & Woodall, 2010).

Da mesma forma, Rappaport (1987); Perkins e Zimmerman (1990; 1995); Ornelas (2008), vêm-nos dizer que as componentes básicas constituintes do processo *empowering*, reportados na literatura são: (1) esforço para exercer controlo e influenciar decisões que afectem as suas vidas; (2) a participação com os outros para alcançar objectivos comuns; e 3) a compreensão crítica do ambiente social.

Neste sentido, importa realçar para o nosso objecto de estudo, que Zimmerman (1995) conceptualizou o *Empowerment* Psicológico como um modelo que abarca três componentes interrelacionadas: *intrapessoal*, *interaccional* e *comportamental* (Mok, 1998; Mok, Martinson & Wong, 2004; Stang & Mittelmark, 2010).

A componente intrapessoal diz respeito ao sentimento de competência da própria pessoa numa determinada situação e inclui domínios específicos no controlo percebido (*locus* de controlo), como auto – eficácia e motivação. A componente interaccional refere-se à capacidade cognitiva em analisar e compreender o ambiente social e integra a forma como as pessoas utilizam as suas competências para influenciar os seus contextos e aceder aos recursos

Essa consciência crítica verifica-se em compreender os agentes causais para interagir eficazmente nos *settings*, nos recursos necessários para alcançar objectivos, e nas competências necessárias para gerir esses recursos uma vez adquiridos. E por fim, a componente comportamental do *Empowerment* psicológico refere-se às acções levadas a cabo para influenciar directamente nos resultados, como por exemplo pertencer a grupos de ajuda mútua (Zimmerman, 1995; Zimmerman & Warschausky, 1998; Stang & Mittelmark, 2010).

Como sugere Zimmerman (1995), estas três componentes de *Empowerment* Psicológico emergem de indivíduos que acreditam que têm *capabilities* para influenciar um determinado contexto (intrapessoal), compreendem como o sistema funciona naquele contexto (interaccional) e realizam acções para exercer controlo no mesmo (comportamental).

Se considerarmos a abordagem de *Empowerment* Psicológico (EP), no paradigma da Psicologia Comunitária, sob a recusa de uma perspectiva de “défice” (Rappaport, 1981),

para uma centrada nas forças das populações, na procura da libertação e do bem – estar colectivo, dará lugar ao ajuste efectivo dos indivíduos aos seus diversos meios ambientais.

Por este motivo, dada à sua natureza dinâmica, a sua medição pode ser particularmente difícil na medida em que se manifesta em diferentes percepções, capacidades e comportamentos nas diferentes pessoas, nos diversos contextos, fazendo com que os indivíduos possam sentir-se *empowering* nuns momentos e *desempowering* noutros (Zimmerman, 1995).

A importância destas escolhas de avaliação em termos de saúde física e bem - estar subjectivo, beneficiará toda uma população, já de si vulnerável em termos de saúde, facilitando respostas e recursos às suas amplas necessidades. Questionar sobre “quais são as potencialidades que o aumento do *Empowerment* poderá trazer para esta comunidade?”; “Como torná-los agentes activos, de várias formas, na recuperação da sua saúde e bem – estar?”; “Qual a relação entre *Empowerment* e o poder sobre os recursos na promoção da saúde e bem - estar?” ou “como superar os limites da falta de evidência científica e o desenvolvimento de métodos de avaliação, para os processos de *empowering*, nesta comunidade?”, poderá ajudar a comunidade oncológica, neste caso, a ultrapassar melhor as exigentes contingências da sua existência, face à doença.

Face a estas considerações, South e Woodall (2010), sugerem que os estudos desenvolvam avaliações apropriadas para a abordagem de *empowerment*, para que os benefícios possam ser capturados ao nível da saúde e bem – estar. Para tal, estes autores consideram que as avaliações necessitam de ter em conta os diferentes contextos locais e as necessidades das comunidades; desenvolver uma compreensão dos processos de *empowerment* (EP), como funciona e a quem serve; utilizar uma combinação de métodos de investigação, ambos quantitativos e qualitativos para capturar os diferentes resultados na saúde; examinar o impacto a longo prazo nas comunidades e nas instituições, bem como o acompanhamento da população que nelas participam e, por fim, avaliar os processos de *empowering* e os resultados *empowered*, em função de um conjunto de metodologias e *design* apropriados que podem ser incorporados.

Nesta óptica, importa ainda questionar: “Qual é o tipo de intervenção comunitária que deverá promover o *Empowerment* no contexto dos cuidados de saúde?” ou “como podem as comunidades ser *empowered* (empoderadas) para melhoria activa da sua saúde?”

Para responder a esta questão, o recente estudo realizado por Robin Lin Miller et al. (2013), num programa levado a cabo em uma comunidade de risco com HIV, fornece-nos algumas estratégias de acção para reduzir o estigma e o flagelo desta doença, no impacto

que esta tem sobre a qualidade de vida das pessoas, adoptando a lógica de práticas preventivas. Os resultados temáticos obtidos, associados aos recursos para capacitar os membros foram: *skills e aprendizagem* entre os vários membros da comunidade; o *aumento do diálogo* entre os sectores mais relevantes; *apropriação e responsabilidade* local no problema; *confiança* nos pontos fortes individuais e colectivos; *solidariedade* e o estabelecimento de *parcerias de colaboração*. Estes dados poderão ser relevantes e aplicarem-se à intervenção na crise junto da comunidade oncológica.

Para além disso, South e Woodall (2010), apontam sete recomendações para a prática de *empowerment* psicológico (EP) na saúde e bem - estar dos indivíduos e da sua comunidade, sendo que ambos, segundo os autores, deverão ser vistos como um todo – (1) Para as pessoas se tornarem empoderadas, elas podem-se ajudar umas às outras para criar mudanças positivas, desafiando o sistema. (2) Envolvendo as pessoas que têm problemas semelhantes. (3) Criando laços comunitários entre elas e perante os profissionais de saúde, nas tomadas de decisão relativamente à sua condição, no planeamento de estratégias para a promoção da saúde. (4) Os profissionais de saúde podem ajudar a facilitar o *Empowerment*, ajudando as pessoas a restabelecer a confiança nelas mesmas, ou facilitando grupos de ajuda mútua. (5) Esforços têm de ser feitos para tornar as relações entre os profissionais e a comunidade em pé de igualdade. (6) Ter uma definição clara e explícita do que o *empowerment* (EP) significa para esta comunidade, irá ajudar a garantir que as pessoas trabalham na direcção de um objectivo comum. (7) Os profissionais e a comunidade devem ser encorajados a desenvolver formas de avaliação, para que possam medir o efeito do seu trabalho e ajudar a construir bases de evidência científica.

1.3. Processo *Empowering* no contexto da doença oncológica

Os aspectos individuais, são fundamentais no processo *empowering*, no contexto da saúde e bem – estar.

Uma das estratégias que facilita o processo *empowering*, no contexto da doença oncológica, envolve o apoio de familiares e amigos próximos na obtenção de cuidados e informações relevantes sobre a doença, bem como das opções de tratamento (Bulsara, Ward & Joske, 2004).

Todavia, a experiência oncológica pode, igualmente, afectar indirectamente as relações, restringindo as actividades sociais dos indivíduos, o que afectará o seu acesso aos recursos interpessoais (Helgeson & Cohen, 1996).

Deste modo, o suporte social tem um papel preponderante no aumento ou redução da resistência individual ao *stress*, a presença de suporte muda a natureza do contexto situacional do indivíduo, de tal forma que *“os que experienciam situações de stress não estão em idêntica situação de risco de vir a sofrer perturbações a nível emocional”* (Ornelas, 2008).

Os trabalhos de Callaghan & Morrissey (1993, citado por Chalifour, 2009), afirmam a consensualidade da ideia de que o suporte social pode desempenhar um papel importante na manutenção da saúde e na redução dos efeitos prejudiciais do *stress* social e ambiental.

Como refere Chalifour (2009), o suporte social pode assumir diferentes formas passíveis com diversas finalidades.

Sendo assim, de acordo com Helgeson & Cohen (1996) o suporte emocional engloba a escuta activa, “o estar lá” para a pessoa, a empatia, tranquilizar e o conforto.

Manifesta-se na expressão de sentimentos positivos indicando interesse pela pessoa, estima e respeito pelas suas emoções (Chalifour, 2009). Esta forma de suporte pode restabelecer a auto – estima ou reduzir sentimentos de inutilidade individual, através da comunicação feita à pessoa com experiência oncológica de que ela é valorizada e amada. O que similarmente permite a expressão de sentimentos que podem reduzir a tensão (Helgeson & Cohen, 1996).

Com o suporte informativo, que consiste em proporcionar informação, as pessoas aprendem a lidar com a doença e também aumentam o seu optimismo acerca do futuro. Concomitantemente este tipo de suporte pode ajudar a atenuar o sentimento de confusão que surge a partir do diagnóstico, ao ajudar as pessoas a compreender a causa, o percurso e os tratamentos associados à doença. No suporte instrumental auxilia-se nos bens materiais, este tipo de apoio, pode compensar a perda de controlo que a pessoa sente durante o tratamento oncológico, fornecendo recursos tangíveis.

Helgeson e Cohen (1996), no seu estudo preconizam que o suporte mais desejado pelas pessoas com experiência de doença oncológica e mais fortemente relacionado ao ajuste é o suporte emocional, mais especificamente, a disponibilidade de alguém com quem discutir preocupações e inquietações relacionadas com a doença.

Estudos empíricos ainda revelam que os sintomas depressivos são influenciados pelo suporte emocional ineficaz e a rede social insuficiente, durante o processo da doença (Leeuw et al, 2000 citado por Santana et al., 2008).

Exemplo disso, são os grupos de ajuda mútua, servindo de suporte social na partilha de vivências, potenciando o processo de *empowerment* e a gestão de *stress*, decorrente da doença oncológica (Stang & Mitterlmark, 2010).

Sugerindo assim, através de investigações feitas, a eficácia e a importância do suporte social em geral, e os grupos de ajuda mútua em particular, na capacitação das pessoas promovendo o seu *empowerment* (Stang & Mitterlmark, 2008, 2009; Mok, 1998, 2001, 2004; Ornelas, 1997, 2008).

“*A participação comunitária é uma abordagem que exemplifica o processo empowering*” (Brown, 1993; Chesler, 1991; Elden & Chisolm, 1993; Hall, 1992; Rappaport, 1990; Whyte, 1991; Yeich & Levine, 1992 citado por Zimmerman, 1995), esta oferece oportunidades para os membros de uma comunidade trabalharem em conjunto na resolução dos seus problemas, desenvolvimento de capacidades e criação de sistemas de apoio mútuo (Zimmerman, 1995). Neste sentido, a participação compreende a acção concreta para alcançar objectivos definidos. A participação pode traduzir-se no envolvimento em grupos de ajuda mútua ou em movimentos sociais que procuram influenciar o sistema social e político (Ornelas, 2008).

O processo de participação em grupos de ajuda mútua realiza-se através da acção dos grupos que partilham uma experiência de vida, na qual se identificam na vivência subjectiva dos problemas de cada um dos membros (Monteiro, 1997).

Os Grupos de Ajuda Mútua (GAM), enquanto movimento social, assenta no respeito pela diversidade das pessoas, crê nas capacidades individuais e colectivas e identifica recursos para apoiar as pessoas (Monteiro, 1997), e como tal “*podem tomar a forma de mecanismo de empowerment por excelência, pois permitem que os seus membros vejam claramente que a prevalência do grupo depende directamente do seu contributo*” (Ornelas, 1997).

Estes GAM revelam uma importância fundamental na medida em que incentivam as pessoas a sentirem e a utilizarem a sua própria força para resolver os seus problemas (Maton, 2008).

Chamberlin (1997), no seu estudo conduzido em Boston (EUA), estudou participantes de grupos de ajuda mútua de um centro de saúde mental e pôde constatar que uma pessoa psicologicamente empoderada sente-se mais auto – eficaz na resolução de problemas; tem maior poder nas tomadas de decisão; tem acesso a informação relevante; tem maior controlo sobre o rumo da sua vida, pelo que volta a ter esperança e passa a acreditar num futuro melhor; tem maior sentimento de pertença ao grupo; sente-se mais confiante e capaz e, por conseguinte, aumenta a sua auto - estima, etc.

Esta lista de características que definem *empowerment* pode-se adaptar perfeitamente a utilizadores de serviços de saúde na oncologia, já que o que nos surge na literatura são as mesmas definições. Particularmente, o estudo de investigação de Mok (1998) menciona as diversas características empoderantes que os grupos de ajuda mútua podem assumir para as pessoas com experiência de doença oncológica, referentes à partilha de experiências de vida; sentimento de pertença; conhecimento; auxílio; expansão de redes sociais e mudança nos papéis de vida.

No estudo de Stang & Mittelmark (2010), os resultados demonstraram a percepção de um forte sentimento de companheirismo associado aos GAM, no qual foi expresso na forma de apoio mútuo e na troca de partilhas de informações e experiências.

Os participantes destes grupos também se beneficiam ao oferecer ajuda. Fornecer ajuda pode aumentar os níveis de competência interpessoal e aceitação social, contribuindo para um aumento da auto – estima.

A dimensão intrapessoal para os membros dos GAM, não engloba o controlo sócio - político, ao invés disso, pode incidir no controlo pessoal e na percepção de competências para desenvolver mecanismos de *coping*. Por sua vez, a resolução de problemas pode constituir-se na componente interacional do *Empowerment* psicológico (Zimmerman, 1995).

Posto isto, é de realçar a extrema importância do suporte social como componente de uma estratégia de intervenção comunitária na comunidade oncológica, em particular, tornando-se numa ferramenta útil para avaliar tanto as adaptações funcionais como as disfuncionais

Seguidamente, passaremos a identificar as componentes de *Empowerment* psicológico (EP) associadas às pessoas com doença oncológica, que nos surgem da literatura.

1.4. Componentes de *Empowerment* na experiência de doença oncológica

Como referido anteriormente, através da literatura, as questões de *empowerment* são relevantes para as pessoas com experiência de doença oncológica, devido às inúmeras formas em que estas tendem a perder o controlo (Mok, 1998; Mok, Martinson & Wong, 2004; Chang, Li & Liu, 2004; Stang & Mittelmark, 2010).

No entanto, pouco se sabe acerca da forma como os participantes percebem o processo pelo qual estão a passar e como estão a ser *empowered* na experiência da doença oncológica. Por isso, precisamos de adquirir um melhor entendimento dos mecanismos

operacionais do processo, de modo a facilitar a sua relação com a doença (Mok et al., 2004). *Disempowerment*, ou falta de poder para estas pessoas, inclui ter que lidar com a inevitabilidade da incerteza, associada a uma possível recidiva da doença. Sentir dificuldades nos efeitos secundários associados aos tratamentos e suas complicações; ter que lidar com encargos financeiros; solidão e isolamento social; falta de informação e recursos prestados pelos profissionais de saúde, bem como o sentir-se vítima das circunstâncias e um “peso” na vida dos familiares (Mok, 1998; Mok et al., 2004).

A falta de poder pode igualmente ser originada pela dependência nos cuidados de saúde, estabelecida pelas relações de poder assimétricas entre os profissionais e os seus utentes, daqueles em que a vida é planeada à volta de calendários na qual os utentes têm pouco ou nenhum domínio (Stang & Mittelmark, 2010).

Várias são as vezes em que as pessoas com experiência oncológica tornam-se passivas ao receber o seu tratamento e sentem-se incapazes na tomada de decisões por parte dos profissionais médicos, devido à falta de informação médica para que possam fazer escolhas informadas. Ao invés de se olhar para as pessoas com doença oncológica como “pacientes” ou “vítimas”, incapazes de tomar decisões, um maior número de especialistas da área advogam que os profissionais de cuidados de saúde devem-lhes atribuir o direito de tomar decisões e negociar com as mesmas para definir objectivos de comum acordo (Chang et al., 2004).

Ainda segundo os autores do estudo Chang et al. (2004), «*Post-White (1998) mencionou que “navegar” (sailing) é uma metáfora associada à experiência da doença, pois quando a doença se torna parte da jornada de vida, as pessoas, as suas famílias, e os profissionais de saúde trabalham em conjunto para navegar nas águas e seguir em frente, por vezes à procura de novas metas, outras vezes num esforço de se manter à tona da água, para o barco não se afundar*». Isso explicaria a expressão em inglês, correspondente ao item 13 do Questionário de *Empowerment* Psicológico de Mok (1998).

Neste contexto, *Empowerment* para pessoas em processo de doença oncológica é mais do que adquirir controlo ou escolhas, ou mais do que adquirir recursos como *skills* e conhecimentos. Conceitos similares consistentes com outros modelos incluem a participação activa das pessoas que se tornam empoderadas, a importância dos relacionamentos durante o processo, e o foco para permitir que outras pessoas aumentem o domínio sobre a sua própria saúde. Aliás, mais do que mero controlo, o *Empowerment* psicológico origina não só auto - transformação, como também a transformação nas relações com os outros (Mok et al., 2004).

Chang et al. (2004) enfatizam ainda no seu estudo, que o *Empowerment* faz com que as pessoas se conectem com os recursos e sejam capazes de os mobilizar. Produzindo uma maior energia, uma sensação de bem - estar e uma compreensão do seu potencial de saúde.

Estudos empíricos, como os de Stang e Mittelmark (2008, 2010), evidenciam um aumento do sentimento de *Empowerment* psicológico percebido em participantes com cancro da mama, em virtude da permanência em grupos de ajuda mútua. Na qual contribuiria para o processo de *recovery*.

Diversos estudos encontrados na literatura identificaram as principais componentes, subdivididas em unidades temáticas, que facilitam o processo de *Empowerment* no decorrer da experiência de doença oncológica.

O estudo de investigação que serve de base teórica, para o presente trabalho – Mok (1998) - examinou o papel dos grupos de ajuda mútua no processo de *empowering* e evidenciou as componentes atribuídas ao *Empowerment* pelos participantes oncológicos, através do qual, com base nas componentes identificadas construiu-se um modelo de *Empowerment* para participantes oncológicos de Hong Kong, que deu origem ao Questionário de *Empowerment* Psicológico de 34 itens.

Mok (1998) utilizou uma metodologia que combinou os dois tipos de abordagem – qualitativa e quantitativa, numa análise comparativa de grupos. Através de entrevistas semi – estruturadas feitas aos participantes, verificou-se que os grupos de ajuda mútua correspondem a um mecanismo importante de suporte social, e através do questionário foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os “membros” e “não membros” dos grupos. O Questionário foi elaborado, numa segunda fase, pela autora do estudo e, pôde-se observar também diferenças nos níveis de *Empowerment*, sendo que os membros participantes dos grupos de ajuda mútua tiveram pontuações mais altas, o que se induziu para o facto de estes grupos contribuírem positivamente para o bem – estar dos participantes.

De acordo com os estudos posteriores da autora Mok (2001) e Mok et al. (2004), acerca do mesmo tema, as entrevistas qualitativas focaram-se na realidade dos participantes, ao qual foram encorajados a descrever os seus sentimentos e experiências livremente. As componentes de *Empowerment* psicológico (EP), atribuídas pelos participantes, encontradas no estudo de Mok (1998) nos diferentes contextos, consistiram na (1) aceitação da doença (*acceptance of illness*); (2) confiança (*confidence*); (3) esperança (*hope*); (4) *skills* e conhecimento (*skills and knowledge*); (5) significado de vida (*meaning of life*); (6) optimismo flexível (*optimism flexible*) - (c.f. Anexo A). A mesma autora sugere que devido aos diferentes contextos em

que o *empowerment* (EP) pode ser alcançado, estes níveis devem ser considerados na análise de resultados.

No estudo de Mok et al. (2004), as componentes encontradas para o processo de *empowerment* derivam em sub-temas, embora não difiram dos anteriores designadamente (1) processo motivacional (*a motivational process*); (2) procurar maestria e/ou domínio sobre a doença (*seeking mastery over illness*); e (3) processo de transformação de pensamentos (*a process of transformation of thoughts*). Podemos verificar na Tabela 1. que apresentamos de seguida.

Tabela 1. – Processo de *empowering* dos Participantes oncológicos (adaptado de Mok et al., 2004)

<i>Processos Principais</i>	<i>Estratégias</i>	<i>Consequências</i>
Um processo motivacional	<ul style="list-style-type: none"> - Compromisso e obrigação com a família - A esperança ainda existe - Crenças religiosas ou culturais 	Encontrar um significado para a vida
Procura de maestria sobre a doença	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionadas com a doença, tratamento, efeitos secundários - Medicina alternativa - Dieta alimentar - Confiança nos profissionais de saúde - Realização de escolhas informadas no seu tratamento 	Aquisição de competências e conhecimento
Um processo de Transformação de Pensamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Aceitar o inalterável - Libertar-se e deixar ir - Objectivo para cada dia - Pensamento positivo - Viver no momento - Acreditar que o sofrimento tem um fim e um limite - Olhar para a vida através de uma perspectiva mais ampla - Definir outros objectivos - Comparação por baixo 	Aceitação da doença Percepção de harmonia consigo mesmo e com a doença Paz no coração

Segundo Mok et al. (2004), os processos estão imbuídos em contextos relacionais, aos quais descrevem-se na conexão com os outros, incluindo família, amigos e profissionais de saúde.

O **processo motivacional** é um processo através do qual os participantes atribuem significados na sua vida para sobreviver à doença e suportar melhor os efeitos colaterais

dos tratamentos. Este processo inclui três estratégias motivacionais: 1. *o compromisso, responsabilidade e obrigação perante a família* - devido a isso os participantes adquirem uma noção de propósito e significado de vida. Isto aumenta a motivação para viver e para não desistir, pois mais importante que os seus interesses pessoais coloca-se a responsabilidade para com a família, e o seu futuro.

2. *A existência de esperança* – a esperança num “amanhã melhor”, é outra área que dá significado à vida dos participantes oncológicos. 3. *Crenças religiosas* – para os participantes que indicaram alguma religião, as suas crenças facultam-lhes forças para encarar o sofrimento. Acreditam que as coisas não acontecem por acaso e que existe, efectivamente, um significado de vida e uma razão para a sua doença com base na fé em Deus. Acreditam que Deus toma decisões correctas acerca das suas vidas e não precisam de se preocupar, pois “a sua vida está entregue a Ele” (Mok et al.,2004).

A **procura de maestria e/ou domínio sobre a doença** é a aquisição de habilidades (*skills*) e conhecimento por parte dos participantes, relacionados com o seu problema e tratamentos, e que foram importantes na antecipação do processo ao lidar com isso. Este domínio inclui três estratégias: 1. *Doença e tratamentos* – os participantes expressaram que esses conhecimentos e *skills* acerca da doença preparam-nos para os tratamentos, de forma a gerir os efeitos secundários, no qual obtiveram controlo sob os impactos psicológicos. 2. *Medicina alternativa* – os participantes acreditaram que as CAM's (Medicina Alternativa e Complementar) podem ajudar a atenuar os sintomas. Possuem a consciência de que a Medicina Convencional/Ocidental não oferece cura para a sua doença. Por sua vez, as CAM's conferiram-lhes habilidades para exercer influência positiva ao longo dos tratamentos, sentindo-se mais confortáveis na sua adaptação face ao problema. 3. *Dieta alimentar* – os participantes acreditaram que podiam promover a sua saúde pela mudança de hábitos alimentares e aumentar assim o seu *recovery*, alguns ainda comentaram que os seus profissionais de saúde não lhes forneciam este tipo de informação e desejavam que o tivessem feito (Mok et al.,2004).

Relativamente ao **processo de transformação de pensamentos**, segundo a mesma autora, o processo de *empowerment* não se caracteriza apenas por um processo de participação activa de aquisição de conhecimentos, é igualmente um processo de transformação de pensamentos. Como resultado, os participantes entenderam que tinham de aceitar a doença, e por isso estariam em melhor harmonia com eles mesmos.

Este processo inclui sete estratégias: 1. *Aceitar o inalterável* – no processo da doença oncológica quando a situação é objectivamente incontornável, os participantes aceitavam a

sua situação e ajustavam-se às suas mudanças ambientais. A transição para a aceitação da doença é influenciada pelas crenças culturais do deixar fluir e a harmonia com o Universo, na qual deriva do Budismo e Taoísmo, ao qual vê o Universo e todas as formas de vida como manifestações de uma força unificadora. Estas crenças ajudam os participantes a explicar a doença como sendo parte de um processo na vida. 2. *Pensamento positivo* – a experiência de *recovery*, sugere a procura do significado de vida, o dar primazia aos aspectos positivos em detrimento dos negativos, o que lhes confere poder para avançar e promove um sentimento de esperança. Uma vez que a procura pelo significado de vida é uma necessidade básica do Ser Humano (Frankl, 1985 citado por Mok et al., 2004). 3. *Viver o momento*; 4. *Acreditar que o sofrimento tem um fim e limite*; 5. *Olhar para a vida através de uma perspectiva mais ampla* – passa pelo atribuir valor e importância àquilo que a vida lhes concedeu (e.g. família, emprego, saúde). 6. *Estabelecer metas alternativas* – os objectivos ainda não realizados pelos participantes, levam-nos à preocupação de se manterem saudáveis e fortes. Por fim, 7. *”Downward comparison”* – participantes comparavam-se com outras pessoas em semelhante situação e ao perceberem que as mesmas estariam em pior situação que a deles, isso diminuía os seus sentimentos de vitimização e aumentava a auto – estima.

O *empowerment* é um processo auto – *empowering* que é facilitado pelo meio envolvente. Os participantes perceberam que quando não tinham controlo pela situação – problema à qual estavam a passar, ainda tinham a opção de mudar a forma como eles percebiam as suas acções e pensamentos (Mok et al., 2004).

Outros estudos empíricos evidenciam as componentes de *empowerment* (EP) na experiência de doença oncológica e em virtude da permanência em grupos de ajuda mútua. Através do *focus group*, o estudo Norueguês de Stang e Mittelmark (2008) apresentam quatro temas atribuídos pelas participantes norueguesas do estudo: (1) consciencialização (*consciousness – raising*); (2) aquisição de conhecimentos objectivos (*acquisition of objective knowledge*); (3) aprender com as experiências dos outros (*learning from others’ experiences*) e (4) descoberta de novas perspectivas sobre a vida e sobre si (*discovery of new perspectives about life and about self*)

As participantes do estudo de Stang e Mittelmark (2008), segundo os autores, relataram ter maior *consciência* da sua força interior e controlo pessoal, bem como um aumento na capacidade de gerir a vida diária e negociar com o sistema de saúde.

Através da partilha de experiências e de ideias nos grupos, aumentaram a consciência sobre vários temas o que possibilitou com que as participantes vissem a sua situação em perspectiva. Algumas participantes enfatizaram a perspectiva de

empoderamento como um facilitador para se tornarem conscientes da sua própria força e de novas formas de pensar acerca do seu *recovery*. A consciencialização remete para uma competência participativa, na construção do ambiente ecológico. No domínio da *aquisição de conhecimentos objectivos*, a maioria das participantes não tinham acesso a informações suficientes sobre o cancro da mama e diferentes tratamentos, no entanto, quando participaram nos grupos de ajuda mútua consideraram que seria uma importante fonte de informação. Ao *aprender com as experiências dos outros*, as participantes tornavam-se modelos entre si e as suas diferenças potenciavam-lhes aprendizagens. A patologia mamária induz dor e diminuição de auto – estima e embora isso se torne num desafio, as participantes consideravam a sua situação uma fonte de inspiração na re – avaliação de questões importantes nas suas vidas. A riqueza das questões discutidas foi também um factor importante para a *descoberta de novas perspectivas sobre a vida e sobre si*.

No mesmo sentido, o estudo de Chang, Li e Liu (2004), utilizou o método do diálogo de entrevista de Paulo Freire a participantes oncológicos da Tailândia, recrutados no Hospital de Taipei. As principais componentes obtidas foram: (1) Redefinição da saúde (*redefining health*); (2) Estar confiante (*being confident*); (3) Envolvimento activo (*active involvement*); (4) Revitalizar a noção de si mesmo a fim de viver para si mesmo (*revitalizing the sense of oneself in order to live for oneself*); (5) Negociar os objectivos de um plano de cuidados (*negotiating the goals of one's care plan*); (6) Força para ajudar os outros (*strength to help others*).

A experiência da doença contribuiu para que os participantes fossem capazes de ajudar os outros com problemas semelhantes aos deles. Eles foram capazes de mobilizar a sua força para dar uma ajuda, e não apenas para recebê-la (Chang et al., 2004).

E por fim, um outro estudo conduzido na Austrália de Bulsara, Ward e Joske (2004), alcançou as seguintes componentes de *empowerment* referidas pelos participantes hemato-oncológicos, nas quais incluem: (1) Espírito de luta (*fighting spirit* – estratégia empregada para lidar com os tratamentos convencionais); (2) Aceitação e encontrar um equilíbrio (*acceptance and finding a balance*) – na medida em que aceitaram e adaptaram-se à condição; (3) Mudar e re -avaliar as prioridades na vida (*changing and re-evaluate life's priorities*); (4) A importância do apoio das pessoas significativas (*the importance of support from significant others*); (5) A importância do apoio e atitude positiva dos profissionais de saúde (*the importance of support and positive attitude from health care providers*); (6) Habilidade para confiar em objectivos a curto prazo e a necessidade de não planear metas a longo prazo (*ability to rely on short-term goals and the necessity of not planning long-term goals*); (7) O desejo de ajudar outras

peças a lidar com a experiência oncológica (*the desire to help other patients cope with their cancer experience*).

As componentes de *Empowerment* (EP) acima referenciadas nos estudos representam aquelas que são mais detectadas e que possuem maior relevância na literatura, estando de acordo entre elas. O que permite, de igual modo compreender através da abordagem qualitativa, as perspectivas dos participantes e o significado das suas experiências no decorrer do seu processo de *recovery*.

O *empowerment* (EP) consiste numa dimensão activa, num processo de participação, bem como de despertar da consciência em aceitar e alcançar a harmonia em si mesmo e na doença (Mok et al., 2004).

Pouco tem sido estudado acerca dos aspectos de *Empowerment* Psicológico na perspectiva da pessoa com experiência de doença oncológica, em Psicologia Comunitária.

A razão para a escolha da técnica Reiki no presente estudo, inscrita na Medicina Alternativa e Complementar (CAM), enquanto recurso disponível a toda a comunidade, deve-se à sua natureza prevalente e significante, possível detentor de um papel fundamental no processo de *empowerment*.

1.5. Medicina Alternativa/Complementar e suas Componentes de *Empowerment* (EP)

Tem havido um crescente aumento no interesse pelas Medicinas Alternativas e Complementares (designadas por CAM's), ao qual o Reiki se inclui, nas pessoas em geral, nos profissionais de saúde e em última instância na comunicação social (Mackay et al., 2004; Vandervaart et al., 2009; Jain et al., 2010). A prevalência do seu uso está igualmente a crescer, em particular junto das pessoas com experiência de doença oncológica (Ernst et al., 1998; Montazeri et al., 2006; Chandwani., 2012).

As terapias do campo energético (*biofield therapies*) formam uma subcategoria no domínio das terapias energéticas (Pierce, 2007). De acordo com o Centro Nacional de Medicina Alternativa e Complementar (NCCAM), as CAM são “*um grupo de diversos sistemas de cuidados médicos e de saúde, práticas e produtos que actualmente não fazem parte da medicina convencional*” (<http://nccam.nih.gov>; Miles & True, 2003; Mackay et al., 2004; Pierce, 2007; Vandervaart et al., 2009; Crammer et al., 2011; Trinkaus et al., 2011; Chandwani et al., 2012). Exemplos de métodos complementares incluem: a acunpunctura, ayurvédica, yoga, homeopatia, aromaterapia, massagem terapêutica, naturopatia, toque terapêutico,

meditação, chi kung, reiki, tai – chi, musicoterapia (Trinkaus et al., 2011; <http://nccam.nih.gov>)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utilizou o termo “*medicina alternativa*” pela primeira vez em 1962 para denominar o conjunto das medicinas tradicionais e outras não convencionais (Moraes, 2012).

Estas modalidades foram recentemente classificadas como medicina integrativa, uma vez que não constituem uma alternativa ao uso de medicamentos convencionais, no entanto, para o propósito deste estudo, o termo CAM será empregado.

Segundo Appelbaum et al. (2003); Cassileth & Deng (2004), as CAM’s têm sido largamente definidas em relação com a biomedicina convencional. As CAM’s que são utilizadas em detrimento da medicina convencional / ortodoxa / alopática / ocidental (termos que significam o mesmo) são apelidadas de “alternativas”. Contrariamente às CAM’s que são usadas juntamente com a medicina convencional têm o termo de “complementar”.

Se o termo correcto começasse a ser empregado, tal como Cordeiro (2013) defende «*assim o recurso a estas práticas não seria encarado pelos utentes como uma “alternativa” ou substituto à medicina convencional, mas sim, como um complemento desta.*»

Curiosamente, uma característica comum entre os sistemas médicos “alternativos” é a ênfase no trabalho com as forças naturais internas para alcançar um estado de harmonia entre mente – corpo (*body – mind*) que na prática foram desenvolvidos por culturas antigas e permanecem essencialmente intactos (Cassileth, 2004).

A Medicina “Integrativa” resulta de um paradigma de incorporação de conceitos, valores e práticas da abordagem complementar e da medicina convencional. Integra o cuidados de saúde e bem – estar a um nível holístico (Appelbaum et al., 2003).

Sendo que a visão holística compreende o indivíduo como um todo integrado, cuja palavra “holos” tem origem grega, que significa “total”, isto é, pensar na saúde a um nível global actuando nas dimensões físicas, mentais, emocionais e espirituais (De’ Carli, 2006; Quest, 2012).

Para o modelo biomédico, baseado no entendimento Newtoniano (Pierce, 2007), a doença é um conjunto de sintomas físicos e encara o corpo físico como uma máquina ou um conjunto complexo de sistemas e químicos, por isso, problemas de saúde são vistos como “avarias”. Nesta óptica, as pessoas que têm um problema de saúde são vistas como diagnósticos, pelo que por exemplo, são descritas como “asmáticas” ou “diabéticas” (Quest, 2012). Segundo a mesma autora, já no modelo holístico pensa-se a partir da pessoa

e não da doença, procurando tratar, concretamente as causas. Quanto ao modelo metafísico, no qual incidem as medicinas orientais, tudo é energia interligada e uma vez que tudo se encontra ligado, significa que cada um de nós é parte dessa consciência. Segundo esta concepção, a doença é resultado de um desequilíbrio energético do organismo causado por agentes nocivos à energia vital. Assim, a manifestação da doença é feita através do pensamento, da alimentação, da emoção e dos actos (Vandervaart et al., 2009)

De acordo com esta perspectiva, a autora Quest (2012), enfatiza *“tudo o que nos acontece, todas as nossas experiências têm um significado, pelo que não existe o acaso (...) e por isso criamos a realidade à nossa volta, em função das nossas acções”*.

A autora Moore (s/d) enfatiza no seu estudo que, *«embora a medicina moderna tenha vindo a concentrar-se mais nos aspectos físicos do processo de cura, estamos a voltar ao ponto de partida, aprendendo que esse processo corresponde a uma visão holística quando se incorpora estas técnicas “mente-corpo-espírito”»*.

O estudo de Appelbaum, et al (2003) aponta para uma compreensão das crenças e comportamentos dos utilizadores das CAM's, o objectivo consistiu em entender o que os praticantes e utentes pensam acerca das CAM's e dos métodos convencionais.

Dos dados qualitativos que surgiram no estudo de Apellbaum (2003), quatro temas foram proeminentes na descrição das CAM's: *holismo, empowerment, acesso e legitimização*.

As características singulares que as distinguem são igualmente quanto às barreiras de integração de ambas. Como poder-se-á observar na tabela seguinte.

Tabela 2 – Características que separam as CAM's da Medicina Convencional (adaptado de Apellbaum, 2003)

<i>Medicina Convencional</i>		<i>CAM's</i>
Mais reducionista		Mais holística
Mais controladora		Mais libertadora
Mais dedutiva		Mais indutiva
Mais generalista		Mais individualista
Mais científica		Mais intuitiva
Menos tempo com o paciente		Mais tempo com a pessoa
	Barreiras à sua Integração	
Arrogância		Falta de comunicação
Crença na ineficiência das CAM's		Falta de evidência de eficácia
Competição		Falta de reconhecimento legal
Custos e eficiência de custos		Falta de treino
Falta de confiança		Diferenças filosóficas

Medo de indemnizações
Ignorância
Momento (hábitos e tradição)

Pressões e interesses políticos
Preconceito
Motivos de lucro financeiro

Até aqui, podemos verificar que o que nos diz a literatura, neste âmbito, vai reforçar a influência positiva das CAM's sobre o *Empowerment* Psicológico dos seus utilizadores.

Outros estudos como os de Smithson et al. (2010) utilizaram o método qualitativo para descrever os principais aspectos da experiência de tratamentos complementares em participantes oncológicos. Compreendeu seis temas que incluem: *conexão; controlo/empowerment; bem-estar; transformação; integração e polarização.*

Os autores sugerem que as razões que levam as pessoas a usar métodos complementares são porque ou estão insatisfeitas com a medicina convencional, ou porque são atraídas para a abordagem complementar ou pelo medo da recidiva. Ou ainda pelo fortalecimento do sistema imunitário, promovendo um sentido de controlo face à doença (Montazeri et al., 2007; Trinkaus et al., 2011; Chandwani, 2012).

Sendo assim, foi relatado no estudo que a experiência das CAM's seria um factor de potencialização de *empowerment* sobre as suas vidas, tendo vários benefícios.

A noção de CAM's, enquanto experiência de transformação, compreende um crescimento espiritual pessoal. Os participantes revelaram que a transformação envolve aprender acerca deles próprios, tornando-se mais conscientes de quem são e como se relacionam com o mundo. A espiritualidade tem-se tornado num constructo emergente em muitos estudos, e os participantes mencionam regularmente aspectos espirituais da sua experiência com as CAM's (Smithson et al., 2010) Existe, inclusive, um consenso cada vez maior na literatura em relação à importância que a espiritualidade tem na QDV (Qualidade de Vida) e o uso das CAM's no bem-estar das comunidades em geral (Pestana et al., 2007; Crammer et al., 2011; Trinkaus et al., 2011).

Ao referirmo-nos a Jung (1986), a espiritualidade não está obrigatoriamente associada à fé religiosa, e sim à relação transcendental, relacionada com uma ampliação da consciência e um contacto com a nossa personalidade.

Tal como Dossey (2012) aponta “*a religião pode incluir ou não um sentido do espiritual, sendo que os indivíduos de inclinação espiritual podem ter, ou não, inclinações religiosas*”

Deste modo, no estudo de Trinkaus et al. (2011), participaram 123 participantes sendo que 85% utilizaram as CAM's e, destes últimos, 42% com intenção de recuperação associada a um aumento na espiritualidade.

Também o estudo de Wong (2007) pretendeu averiguar o papel dos grupos espirituais no *empowerment* de 20 pessoas com experiência de doença mental que participavam nos grupos, comparativamente a 28 que não participavam. Obteve-se a conclusão que 100% dos participantes dos grupos espirituais conseguiram alcançar os seus objectivos de tratamento na recuperação, comparativamente apenas aos 16 dos que não participavam.

Quinn e Strelkauskas (1993 citado por Pierce, 2007) avaliaram os efeitos do Toque Terapêutico (CAM) num pequeno grupo de pessoas com experiência oncológica e os resultados demonstraram um aumento na alegria de viver, vigor e afeição e um decréscimo significativo na ansiedade, depressão, culpa e hostilidade. Os autores fazem um apelo para que investigações futuras implementem os respectivos recursos compreendendo as pessoas e a comunidade como um todo.

Deste modo, as CAM's ajudam a controlar as dores, náuseas, fadiga e ansiedade (Cassileth et al., 2004).

Conforme o estudo de Collinge, Wentworth e Sabo (2005) que teve como intuito descrever a integração de modalidades como o Reiki numa comunidade de saúde mental e avaliar os níveis de satisfação em indivíduos com histórias traumáticas. Puderam concluir, após os relatos, que a integração das CAM's para a prática de saúde mental comunitária melhora a qualidade de vida dos usuários a longo prazo, em virtude de problemas específicos como a ansiedade, desordens afectivas, abuso de substâncias, fadiga, insónias, depressão e *stress*.

Outras investigações mostram-nos que os membros familiares e amigos dos participantes oncológicos são uma influência bastante significativa na fonte de informações acerca das CAM's (Öhlén et al., 2006).

Na próxima secção irá se abordar detalhadamente a técnica Reiki, o contexto histórico e as suas origens difundidas pelo Mestre Mikao Usui, a sua aplicação prática e os principais estudos empíricos que suportem a temática em estudo.

“Reiki é a arte secreta de convidar a felicidade.”

Mikao Usui

1.6. Técnica Energética Reiki

“O acto de impor as mãos sobre o corpo humano para confortar ou auvirar a uor e uo anigo como os *instintos*”, assim refere Stein (2004) numa primeira abordagem ao Reiki.

A palavra Reiki advém do japonês e é composta por dois *kanji* ou caracteres: *rei* que significa “universal” e refere-se ao aspecto espiritual, e *ki* corresponde à “energia vital”, que flui em todos os organismos vivos. Unindo os dois termos - Reiki significa “energia vital universal” (Miles, 2003; De’ Carli, 2006; Vandervaart, 2009; Muela, 2010; Cardoso, 2012; Quest, 2012). Neste sentido, o Reiki enquanto prática terapêutica alternativa e complementar baseia-se numa técnica energética não invasiva, que promove a saúde, na qual o praticante utiliza a energia vital universal, captando e transmitindo à pessoa que está a receber.

O Reiki permite igualmente restabelecer o equilíbrio energético, através da acção de energia que passa através das mãos do praticante, dissolvendo os bloqueios energéticos que impedem a energia de circular saudavelmente (Cardoso, 2012).

Desde os primórdios da humanidade e em diversas civilizações antigas, acredita-se na existência de uma corrente invisível de energia pertencente a todos os organismos vivos e na capacidade de canalizar essa mesma energia para tudo. Sendo que os seres humanos, assim como todos os acontecimentos, ligam-se pela ação de forças e leis, que atuam no campo Universal (Caldas, 2010).

É muito mais que uma técnica física, o Reiki é um sistema holístico para tratar, equilibrar e restaurar a harmonia de todos os aspectos do indivíduo – corpo, mente, emoções e espírito, actuando na totalidade do ser (Quest, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o Reiki, enquanto método inserido no contexto das práticas alternativas e complementares (De’ Carli, 2006), embora não conste de uma “terapia” oficialmente reconhecida pela OMS. Não se observa a citação da palavra Reiki no site, todavia, constam outras práticas complementares que possuem o mesmo princípio (Associação Portuguesa de Reiki, 2008).

Na prática, a técnica baseia-se na imposição de mãos, numa sessão completa o praticante vai colocando as mãos em posições ao longo do corpo do receptor, inicia na cabeça até chegar aos pés, em cada zona específica do corpo, para que a energia transmitida possa actuar sobre os diversos centros energéticos do corpo (frequentemente chamados *chakras*). A par disso, potencia o desenvolvimento pessoal com vista ao seu crescimento, além da possibilidade de auto-tratamento (Cardoso, 2012).

A energia universal é ilimitada e, por isso, não existe sensação de cansaço ou perda de energia por parte do transmissor (Petter, 1999; Quest, 2012; Cardoso, 2012).

Essas posições das mãos abrangem todo o sistema das glândulas endócrinas e todos os órgãos internos, elas energizam o ser humano em vários níveis simultaneamente: *Nível*

físico – pelo calor das mãos; *Nível mental* – pelos pensamentos ou símbolos do Reiki; *Nível emocional* – pelo amor que flui; *Nível energético* – pela presença do praticante e pela própria energia Reiki (Petter, 1999).

Segundo Lübeck (2002), o Reiki dirige-se à origem dos problemas que, em geral, são emocionais o que facilita a libertação de emoções e tensões bloqueadas. A técnica induz o relaxamento do corpo e o seu batimento cardíaco, sendo que alguns utilizadores, no final de uma sessão, sentem-se a acordar de um sono profundo.

Para se compreender de que forma esta técnica actua, é necessário entender que o corpo energético é formado por milhares de pequenos pontos de energia, que denominam-se por *meridianos*, no entanto a energia é mais concentrada em sete pontos principais que formam o centro energético que percorre a espinal medula (Bourbeau, 2011). Designam-se *chakras*, é a palavra em sânscrito para “vórtice”, encontram-se entre a base da coluna vertebral e o topo da cabeça, e são os seguintes: 1) *Chakra* básico (*muladhara*) ou da raiz: situa-se na base da coluna vertebral, vincula-se à nossa existência terrena, à nossa sobrevivência e aos apegos. Pertence às glândulas suprarrenais que produzem adrenalina necessárias ao corpo; 2) *Chakra* do sacro (*svadhisthara*): localiza-se entre a púbis e umbigo, vincula-se aos relacionamentos, emoções, partilha e sexualidade. Está ligado ao sistema reprodutivo; 3) *Chakra* do plexo solar (*manipura*): localiza-se entre o pâncreas e o estômago, representa a personalidade e o poder pessoal e é o centro que governa os aspectos mentais, liga-se à glândula pancreática; 4) *Chakra* cardíaco (*anahata*): localiza-se na região do coração, representa o amor incondicional, o altruísmo e a compaixão. Liga-se à glândula timo; 5) *Chakra* laríngeo (*vishuddha*): localiza-se na região da garganta, vincula-se à comunicação, autoexpressão e poder criativo, pertence à tiróide; 6) *Chakra* frontal ou terceiro olho (*ajna*): localiza-se no meio da testa, representa a intuição, a consciência e a espiritualidade, corresponde à glândula pituitária. Por fim, 7) *Chakra* coronário (*sahasrara*): localiza-se no topo da cabeça, representa o conhecimento espiritual, a realização e consciência universal e, corresponde à glândula pineal (Goswami, 2004; De’ Carli, 2006; Caldas, 2010; Bourbeau, 2011; Quest, 2012).

Em suma, o equilíbrio e o bom funcionamento destes centros de energia representam saúde (Lübeck, 2002), mas se um chakra está bloqueado, então a saúde dos sistemas e das partes do corpo que lhes estão associadas, começarão a reflecti-lo (Quest, 2012).

Em termos históricos, desconhece-se com exatidão quando começou a ser utilizada a técnica recuperativa, enquanto outros defendem que o Reiki é a energia amorosa que está

por detrás dos milagres de cura que aconteceram ao longo dos tempos (De' Carli, 2006). Vários autores afirmam que o contexto do desenvolvimento do Reiki insere-se na década de 20 do séc. passado (1922), redescoberto pelo monge budista japonês Mikao Usui, que ao realizar um retiro de 21 dias de meditação e jejum no Monte Kurama, “recebeu” a energia Reiki através de um *insight*. A partir daí colocou em prática a capacidade de tratar outras pessoas, canalizando essa energia universal, e uma vez que o seu objectivo consistia em difundir o seu conhecimento às pessoas, estruturou o Reiki como Sistema de tratamento. Foi Chujiro Hayashi, um dos alunos de Usui, que deu continuidade ao seu trabalho e fundou o 1º centro de Reiki em Tóquio. Por outro lado, a introdução do Reiki no Ocidente foi difundida por Hawayo Takata, responsável pela sua disseminação fora do Japão (Petter, 1999; Lübeck, 1999; De' Carli, 2006; Cardoso, 2012; Quest, 2012).

É igualmente pertinente referir, que inicialmente Usui interviu junto de comunidades sem-abrigo e mendigos, mas deu-se conta que, com frequência, as pessoas tratadas fisicamente por ele, voltavam com os mesmos problemas. Ter-se-á percebido que tratar fisicamente não era suficiente, era igualmente necessário tratar a mente, ou seja, existir mudanças internas. Adoptando assim os **5 princípios** empoderadores do Reiki, como linhas orientadoras de um processo interno que devem ser expressos diariamente através de meditação, são estes: “*Só por hoje, seja calmo; confie; seja grato; trabalhe honestamente e seja bondoso para com os outros*” (Petter, 1999; De' Carli, 2006; Cardoso, 2012). Cardoso (2012) adverte que é recomendável não só o seguimento dos princípios, como também a meditação sobre eles e a sua repetição periódica, como forma de os interiorizar, a fim de alcançar a tranquilidade mental. Quest (2012) sugere que o Reiki é, em essência, um tratamento pelo amor, e para tal, deverá ser colocada a intenção no foco onde se quer tratar.

De modo a exemplificar o papel da intenção colocada no tratamento energético, seria pertinente referir o estudo pioneiro levado a cabo pelo *Institute HeartMath* de McCraty, Atkinson e Tomasino (2003). O estudo demonstra os resultados na alteração do ADN na presença de distintas emoções. O estudo sugere que o coração humano tem o mais forte campo electromagnético do nosso corpo, verificando-se que em função de emoções de amor, apreço, compaixão e perdão, o ADN descomprime, melhorando até a resposta imunitária. Contrariamente à presença de emoções de raiva, fúria, ódio e inveja, o ADN contrai-se. O que evidencia, partindo da premissa, que se ao focarmos as emoções na intenção de recuperação, isso poderá ter um efeito mais intenso na mesma, do que simplesmente pensamentos, produzidos pelo cérebro, relativos à recuperação.

Para se ser praticante de Reiki, é necessário realizar um processo de sintonização (iniciação) com a energia, conduzido por um Mestre de Reiki, que ensina técnicas de canalização para auto-tratamento (num período de 21 dias) e posteriormente tratamento aos outros, incluindo animais e plantas, podendo inclusive ser enviado à distância (Cardoso, 2012). Tradicionalmente, existem três níveis de formação no Reiki. O foco do nível I é no *recovery* das habilidades de cura natural do corpo. O nível II ensina uma compreensão mais profunda do fluxo energético e introduz três símbolos para ajudar na eficácia do tratamento. O terceiro nível, Mestre de Reiki, é quase totalmente voltado para o desenvolvimento espiritual interior do praticante de Reiki e a maioria das práticas a este nível preocupam-se com o desenvolvimento da consciência espiritual. O Mestre de Reiki também se foca no desenvolvimento das habilidades necessárias para ensinar este trabalho a outros estudantes de Reiki (Vandervaart et al., 2009).

Segundo Soares (2011), em Portugal a aceitação do método vai fazendo o seu caminho, sobretudo nos hospitais privados, mas não é divulgada por carecer de reconhecimento oficial, ao contrário do que já existe em países como o Reino Unido (e.g.). Todavia, um estudo pioneiro conduzido pela ex-enfermeira Zilda Alarcão, sobre o impacto do Reiki em participantes internados na unidade hemato – oncologia no Hospital S. João no Porto, demonstrou uma diminuição do sofrimento associado à ansiedade, dor e uma melhoria na auto – estima dos utentes (Associação Portuguesa de Reiki, 2008: <http://www.associacaoportuguesadereiki.com>).

Já a Associação Portuguesa de Reiki vai fazendo o seu papel, instituída em 2008, tem como missão contribuir para o esclarecimento desta técnica, unificando e integrando as várias escolas, mestres e praticantes de Reiki em Portugal, com o propósito de criar um código de ética para a auto regulamentação, acerca dos direitos e deveres dos praticantes reikianos no exercício da sua prática. Tendo igualmente criado, entre outros, o Projecto de voluntariado “Ser e Viver” dedicado à comunidade oncológica, com o objectivo de promover o bem – estar e a QDV das pessoas com doença oncológica, através do Reiki.

Tal como preconiza De’Carli (2006) na sua obra: “*o método Reiki é a democratização da saúde, o equilíbrio ao alcance de todos. Qualquer pessoa pode ser um canal de energia*”.

1.7. Exemplos de estudos empíricos

A literatura existente até à data, com enfoque específico no tema desta dissertação não é abundante no que respeita a estudos empíricos, contudo importa aqui frisar algumas

investigações que fundamentem o papel do Reiki, os seus benefícios e a sua eficácia cientificamente comprovada. Sendo que, três estudos seguidamente apresentados, aplicam-se a comunidades oncológicas.

Olson et al. (1997; 2003) realizaram duas investigações no Canadá relacionadas com o uso do Reiki no alívio da dor. No primeiro aplicou-se Reiki a 20 participantes que sofriam de algum tipo de dor, a dor foi medida pelas escalas de Likert e o *Visual analogue scale*, imediatamente antes e após a aplicação. Os resultados conferem a redução de dor após a aplicação. O segundo estudo compara a dor, a qualidade de vida e o uso de analgésicos em 24 participantes com experiência oncológica que receberam tratamento opioide associado ao repouso (no braço A) ou uma administração de ópio depois do Reiki (braço B). Os parâmetros levados em conta foram: a dor, a pressão sanguínea e batimentos cardíacos, sendo que os participantes que receberam Reiki tiveram melhorias no controlo da dor e na QDV.

Outro estudo desenvolvido por Mackay et al. (2004), investigou se o Reiki teria algum efeito nos índices do sistema nervoso autónomo (SNA), para tal comparou-se um grupo que recebia Reiki e outro a receber placebo. Os resultados indicaram que houve efeito positivo no sistema nervoso autónomo, pela diminuição dos batimentos cardíacos e a pressão sanguínea em relação ao grupo placebo. O estudo de Tsang et al. (2007) também merece relevância mencionar, uma vez que incidiu em participantes oncológicos, os resultados demonstraram igualmente reduções na fadiga, na dor e ansiedade associada ao Reiki.

O estudo curioso de Baldwin et al. (2008) pretendeu averiguar se a aplicação de Reiki reduzia os batimentos cardíacos em ratos de laboratório expostos ao ruído stressante, ao qual concluíram que o Reiki, efectivamente, criava um efeito homeostático nos ratos. Os resultados sugerem a aplicação na redução do stress em humanos.

Os efeitos benéficos associados ao Reiki não se ficam por aqui, Richeson et al. (2010) obtiveram no seu estudo diferenças significativas de ansiedade e depressão numa comunidade de idosos, em que o grupo de Reiki obteve níveis mais baixos relativamente ao grupo de controlo. Muela et al. (2010) provou com o seu estudo científico, numa comunidade oncológica, efeitos do Reiki tais como: relaxamento muscular, melhoria do sono, diminuição da dor, diminuição da ansiedade e melhoria do ânimo.

Tabela3 – Exemplos de Estudos Empíricos

Autor(es)	Ano	Tema	Dimensão Amostra	Resultados
Olson & Hanson	1997	Using Reiki to manage pain: a preliminary report	20	Redução da dor antes e após a aplicação Reiki.
Olson et al.	2003	A Phase II Trial of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients	24	Os participantes que receberam administração de ópio após a aplicação de Reiki (Braço B) experienciaram melhorias no controlo da dor ($p = 0,035$), melhoria na QDV, e obtiveram valores menos elevados para a pressão sanguínea ($p = 0,082$) e batimentos cardíacos ($p = 0,019$).
Mackay et al.	2004	Autonomic Nervous System Changes during Reiki Treatment: A Preliminary Study	45	Os batimentos cardíacos para o grupo de Reiki foram baixos em comparação ao grupo placebo ($p = 0,066$), tendo efeito no SNA.
Tsang et al.	2007	Crossover trial of Reiki versus rest for treating cancer related fatigue	16	Reiki tem reduções significativas na fadiga ($p < 0,01$), na dor ($p < 0,05$) e ansiedade ($p < 0,05$) entre o pré-operatório e o pós-operatório cirúrgico. Reiki aumentou QDV.
Baldwin et al.	2008	Reiki Improves Heart Rate Homeostasis in Laboratory Rats	6	A aplicação de Reiki em ratos de laboratório teve uma redução nos batimentos cardíacos de 5, e 8% na pressão sanguínea. Resultados suportam que a aplicação reduz o stress em humanos.
Friedman et al.	2010	Effects of Reiki on Autonomic Activity Early After Acute Coronary Syndrome	49	As variações da frequência cardíaca foram significativamente melhores para o grupo de Reiki em relação ao grupo de controlo que ouvia música ($p = 0,007$) e o grupo de controlo que descansava ($p = 0,025$).
Richeson et al.	2010	Effects of Reiki on Anxiety, Depression, Pain, and Physiological Factors in Community - Dwelling Older Adults	20	Diferenças significativas foram observadas entre o grupo experimental e o grupo de tratamento Reiki, que teve níveis mais baixos ao nível da dor, depressão e ansiedade.
Muela et al.	2010	Beneficios percebidos de la aplicación de la terapia Reiki en pacientes oncológicos	50	63,3% acreditava na eficácia do Reiki; 65,8% sentiu calor; 61,5% relaxamento muscular; melhoria do sono (48,3 %); diminuição da dor (46,2%); diminuição da ansiedade (30%); melhoria do ânimo (30%). Os pacientes manifestaram satisfação face à técnica.

É de salientar os estudos de revisão teórica, que não se encontram aqui nomeados, acerca do Reiki (Miles & True, 2003) no suporte à oncologia (Miles, 2007), que entende a

técnica como intervenção de baixo – risco, sem contra – indicações médicas e, por sua vez, um número crescente de Hospitais e de Organizações de base comunitária por todo o mundo tem começado a integrar e a oferecer este tratamento a toda a comunidade existente. A autora defende a integração da prática regular de Reiki no sistema de saúde e nas comunidades em geral, e sugere três formas de implementação: 1. Os profissionais de saúde recomendarem Reiki aos seus utentes; 2. Profissionais de saúde oferecerem Reiki às pessoas em contextos hospitalares e comunitários, durante os tratamentos convencionais; 3. Hospitais ou Organizações de base comunitária oferecerem formação em Reiki às equipas de profissionais, utentes e membros familiares (Miles, 2003).

Além disso, estudos narrativos apontam o Reiki, como forma de poder ajudar as pessoas a re-contextualizar a doença, enquanto recurso de fornecimento de *empowerment* para se auto – tratarem (Miles, 2007).

Anderson e Ameling (2000), no seu estudo de revisão, pretendem realçar a natureza empoderante do Reiki, enquanto técnica complementar. Referindo a noção de autonomia que o reiki em si promove, quando o utilizador procura o reiki, tem a liberdade de escolher entre os diferentes métodos, bem como os diferentes praticantes. Da mesma forma, que têm sido descritas uma variedade de experiências, associadas ao uso do Reiki, como: sensações de aconchego devido ao calor emitido pelas mãos do praticante; aumento da felicidade e do bem – estar; os sentidos mais apurados ao nível dos sons, cheiros, cores e atenuação da dor física e emocional.

2. Metodologia

A presente “Metodologia” pretende descrever os objetivos desta dissertação; os participantes recolhidos; os instrumentos utilizados, para posterior análise dos dados, descrevendo o procedimento de tradução do *Questionário de Empowerment a pessoas com experiência oncológica* (Mok, 1998) e, por fim, descreve o processo de recolha de dados na obtenção da amostra.

2.1. Objectivos

O presente estudo, de carácter exploratório, enquadra-se no contexto de uma investigação que integra a abordagem qualitativa, através da construção de um Guião de entrevista semi – estruturado, e a abordagem quantitativa através da aplicação do Questionário de *Empowerment* aplicado a pessoas com experiência de doença oncológica, retirado e adaptado do trabalho de investigação de Mok (1998).

A combinação do método quantitativo com o método qualitativo apresenta dois objectivos centrais: 1º aferir o nível de E.P de um grupo de pessoas que têm ou tiveram doença oncológica, fazendo a comparação entre os utilizadores do tratamento complementar Reiki e dos não utilizadores da mesma, só do tratamento convencional (quimioterapia, radioterapia). 2º Aprofundar as temáticas de E.P, com recurso ao Reiki na experiência de doença oncológica vivenciada por cinco participantes utilizadoras da técnica.

Neste sentido, o objectivo geral do presente estudo foi de contribuir para o aprofundamento das componentes de *empowerment* em pessoas com experiência em doença oncológica e compreender de que forma o Reiki tem influência na promoção de resultados empoderadores (*empowered*).

Em termos específicos, ambicionou-se analisar de um modo temático a experiência de Reiki vivenciada pelas pessoas com experiência de doença oncológica enquanto parte do processo de *empowerment* psicológico, i.e., objetivou-se explorar o significado que os participantes atribuem ao *empowerment*; que coisas e/ou pessoas têm influência no mesmo e de que forma a experiência na prática de Reiki proporciona *empowerment* nas pessoas com experiência oncológica.

Concomitantemente, de modo a satisfazer a questão de investigação do estudo e enriquecê-lo com o seu contributo complementar, pretendeu-se traduzir e utilizar um instrumento de *empowerment* aplicado a pessoas com experiência oncológica e, igualmente averiguar as diferenças nos níveis de *empowerment* entre a comunidade que utiliza a abordagem complementar Reiki e a que recorre apenas ao tratamento convencional, através de uma análise de comparação de médias.

Sendo que para tal, nunca esquecendo o âmago em que se assenta os pressupostos da Psicologia Comunitária, conduzido para o compromisso das mudanças transformadoras do bem – estar das pessoas, organizações ou comunidades (Ornelas, 2008).

Este estudo, com carácter exploratório, procurou de acordo com D'Oliveira (2005) compreender melhor os fenómenos em estudo, quer através de novas explicações ou procurando indagar as características dos acontecimentos ou situações. Com a presente dissertação “explora-se uma determinada realidade, porque pouco se conhece dela”.

O desenho de investigação refere-se à estrutura global ou plano de investigação de um estudo (Ribeiro, 1999), neste sentido o *design* de metodologia utilizado, denomina-se *misto* e caracterizou-se pela conciliação de cada umas das abordagens de métodos e técnicas de recolha de dados, que de acordo com D'Oliveira (2005) consiste em desenvolver um conjunto de resultados complementares podendo assim obter informações “*descritivamente ricas e quantitativamente significativas*” (Lee, 1999 citado por D'Oliveira, 2005), permitindo assim capitalizar as vantagens de cada uma das abordagens.

Segundo a mesma autora, ao considerar estas duas abordagens é mencionado que a abordagem qualitativa tenta englobar toda a diversidade que a acção humana pode assumir e manifestar, enquanto a abordagem quantitativa procura identificar as regularidades dessa mesma acção.

Na abordagem de investigação quantitativa, a análise poderá ser usada para descobrir e delinear padrões diferenciais de relações entre as variáveis nos grupos. Já na abordagem qualitativa é possível obter um entendimento mais aprofundado do contexto (Mok, 1998).

Como tal, a combinação da metodologia qualitativa e quantitativa é útil e adequada, na medida em que os conceitos podem ser significativos e cuidadosamente examinados, permitindo uma compreensão máxima da investigação acerca dos indivíduos em contextos ecológicos (Mok, 1998).

Efectivamente optou-se por privilegiar a abordagem qualitativa, uma vez que esta permite compreender melhor como e porque é que determinado fenómeno se processa de uma determinada forma, em complemento com a metodologia quantitativa, que permite verificar que fenómenos ocorrem.

2.2. Participantes da amostra

Para a escolha do processo de amostragem teve-se em conta o tipo de pesquisa, a acessibilidade aos elementos da população, a disponibilidade de possuir ou não os

elementos da população, a representatividade desejada ou necessária e, ainda, a disponibilidade de tempo e recursos existentes (D' Oliveira, 2005).

A amostra total (não probabilística) foi recolhida por conveniência e bola de neve (*snowball*) a 25 participantes de Nacionalidade Portuguesa e Cabo Verdiana, a residir em Lisboa, sendo que 10 são utilizadores do tratamento Reiki e 15 utilizadores de tratamentos convencionais, de forma a proceder-se a uma análise quantitativa. Sendo que 22 pertencem ao género feminino e 3 ao género masculino, com idades compreendidas entre os 27 e os 74 anos e com experiência de doença oncológica, conforme se pode observar no anexo B, dos respectivos dados sócio - demográficos. A data em que a doença foi diagnosticada, refere-se aos anos 2008, 2010, 2011, 2012 e 2013.

Para analisarmos qualitativamente o significado da experiência vivida no grupo de Reiki, foram realizadas entrevistas a 5 participantes (cf.anexo B, a sombreado).

Por amostra de conveniência entende-se que o pesquisador selecione membros mais acessíveis ao contexto real (D'Oliveira, 2005), a amostragem *snowball* utiliza-se quando se pretende incluir participantes pouco acessíveis ou com determinado atributo difícil de encontrar. Nesta situação, começa-se por selecionar um indivíduo de interesse que posteriormente recomenda outros indivíduos e sucessivamente (Maroco, 2007).

Quanto ao tamanho da amostra, esta foi definida consoante a realidade contextual existente. O grupo de participantes entrevistados apresentava-se com características semelhantes em alguns aspectos (género, diagnóstico da doença, tratamentos utilizados, estado civil, grau de Ensino Superior), mas muito díspares em outros (ano de diagnóstico, idade, profissão e situação profissional, experiências de vida e familiares).

2.3. Instrumentos

Para a análise do presente estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, foi utilizado, numa 1ª fase, o Questionário Sócio-Demográfico dos participantes, juntamente com o Questionário de *Empowerment* a pessoas com experiência de doença oncológica (Mok, 1998), que passou pelo processo de tradução, ao qual originou o Questionário de Empowerment Psicológico a pessoas com experiência de doença oncológica- QEDO_VP1 (Versão Portuguesa), Ferreira e Ornelas (2013). E por fim, recorreu-se ao Guião de Entrevista individual semi – estruturada para a obtenção dos significados atribuídos ao

Empowerment e o papel do Reiki enquanto recurso *empowered* no processo de doença oncológica.

2.3.1. Questionário Sócio-Demográfico

A experiência da doença oncológica depende de uma série de variáveis, que incluem os dados sócio – demográficos dos participantes, como a idade; sexo; diagnóstico da doença; fase da doença e o tipo de tratamento (Helgeson & Cohen, 1996).

Com o propósito de obter as informações relevantes, para o enfoque do presente estudo, decidiu-se optar por características sócio - demográficas que representassem as especificidades dos participantes da amostra. Para além da idade, do sexo, diagnóstico da doença e tipo de tratamento, acrescentaram-se às características a *cidade* onde reside o Participante, a *Nacionalidade*, o seu *Estado civil*, a *Formação literária*, a *Situação profissional*, o *Ano/mês do diagnóstico* da doença, os *Tratamentos realizados no passado* (que englobam o Reiki) e, os *tratamentos realizados actualmente* (que incluem igualmente o mesmo).

2.3.2. Questionário de *Empowerment* Psicológico para pessoas com experiência de doença oncológica (Mok, 1998) – Versão Inglesa.

Ainda antes de clarificarmos o seu processo de tradução, não poderíamos deixar de referir as características inerentes ao modelo de *Questionário de Empowerment a pessoas com experiência de doença oncológica*, desenvolvido por Mok (1998), no âmbito do seu estudo de investigação que decorreu em Hong Kong (c.f. Anexo C).

Segundo Mok (1998), torna-se difícil para as pessoas controlarem todo o percurso da sua doença oncológica e por isso é pertinente compreender como as pessoas são empoderadas neste processo. A noção de *empowerment* psicológico ocorre dentro do contexto da vida da pessoa e da situação da doença. Os diferentes contextos podem ser alcançados ao nível individual, institucional, nos sistemas de cuidado de saúde e sociais. Sendo que a construção do instrumento teve em conta estes níveis de análise.

O propósito da investigação de Mok (1998) consistiu em conceptualizar e construir um instrumento de *empowerment* e aplicar o modelo de *empowerment* em participantes oncológicos de Hong Kong.

Através das entrevistas em profundidade (*in – depth interviews*), e da observação de participantes, a autora desenvolveu medidas/variáveis para capturar os aspectos *empowering* da experiência de doença numa forma que se presta por si mesma a uma análise quantitativa, sem perder excessivamente o significado fenomenológico dessa experiência.

Foram realizadas entrevistas *in – depth* e observação participante a 20 participantes que frequentavam grupos de ajuda mútua (GAM), com o intuito de examinar o papel destes grupos no processo de *empowerment*. Os resultados relataram que o *empowerment* poderia ser descrito como um processo motivacional; processo relacional; processo de aquisição de aprendizagem e *skills* e um processo de transformação de pensamentos. As análises produziram 6 constructos interpretáveis, conforme mencionado anteriormente: 1. **Aceitação da doença** (*acceptance of illness*), 2. **Confiança** (*confidence*), 3. **Esperança** (*hope*) 4. **Skills e Conhecimento** (*skills and knowledge*), 5. **Significado de Vida** (*meaning of life*), 6. **Optimismo flexível** (*flexible optimism*).

E por fim, os itens foram formulados através da análise de conteúdo das narrativas na primeira fase do estudo qualitativo, o questionário de 34 itens foi desenvolvido através de uma análise factorial das respostas de 102 participantes

A investigação deste estudo foi conduzida em três passos:

1. Delineação qualitativa do significado de *empowerment* pelo significado das entrevistas em profundidade (*in – depth*) e observação participativa.
2. Desenvolvimento de um Questionário para medir o *empowerment* dos participantes oncológicos.
3. *Design Pós – teste* - um grupo de controlo foi utilizado para examinar a existência de *empowerment* entre os participantes dos GAM e os não – participantes dos GAM.

No que respeita ao desenvolvimento do modelo de *empowerment*, este seguiu três fases: - *1ª fase*: explorou-se os factores que levaram à falta de poder e processos inerentes a estes, bem como os resultados *empowered* (c.f. Anexo A).

- *2ª fase*: com base nos constructos identificados e no conceito de EP construíram-se itens para o questionário. Durante esta fase a autora aferiu a consistência interna dos itens e, de seguida, procedeu à análise da validade factorial da escala.

- *3ª fase*: a autora aplicou o modelo de *empowerment* psicológico no contexto dos grupos de ajuda mútua.

O instrumento é constituído por 34 itens, com bom nível de consistência interna (α de Cronbach = .85) Todos os itens encontram-se redigidos pela positiva, à excepção do item 23. Os itens foram desenvolvidos na língua Chinesa e revisados na mesma, a versão final original foi traduzida para o Inglês para reportar os resultados. O questionário possui Escala de Likert (5 pontos) sendo que os participantes teriam que indicar o nível de *empowerment* correspondente a 1- *Nunca*; 2- *Um pouco*; 3- *Às vezes*; 4- *Muito*; 5- *Bastante*.

Os 6 constructos identificados no estudo permitiram a construção do modelo e consequente análise comparativa dos mesmos entre “os membros” e “não membros”.

Cada constructo corresponde a um item da escala que lhe está associado, representando-se da seguinte forma:

- Aceitação da doença – 4 itens: 3, 26, 28, 29;
- Confiança – 7 itens: 6, 9, 11, 13, 15, 22, 32;
- Esperança – 3 itens: 21, 23, 25
- *Skills* e Conhecimento – 8 itens: 1, 4, 5, 12, 14, 20, 30, 34;
- Significado de Vida – 7 itens: 2, 10, 16, 17, 18, 24, 27;
- Optimismo flexível – 5 itens: 7, 8, 19, 31, 33.

A validade interna da escala original de Mok (1998) correspondente aos construtos é a seguinte:

1. Aceitação da doença: α de Cronbach = .438
2. Confiança: α de Cronbach = .787
3. Esperança: α de Cronbach = .731
4. *Skills* e Conhecimento: α de Cronbach = .758
5. Significado de vida: α de Cronbach = .751
6. Optimismo flexível: α de Cronbach = .438

Ao assumir-se que estatisticamente o valor α de Cronbach = .80 possui boa fiabilidade, e uma vez que o α de Cronbach = .85 é o valor do Instrumento, indica a correlação satisfatória entre os itens e a fidelidade do Instrumento.

Ainda de acordo com a autora (Mok, 1998), o questionário de *empowerment* favorece os aspectos positivos da doença em detrimento dos negativos, enfatiza as forças e habilidades das pessoas, emprega competência e potencial de desenvolvimento.

O elemento significativo do presente modelo deve-se ao facto, das pessoas serem vistas como participantes activas do seu próprio ambiente pessoal e contextual.

2.3.3. Entrevista individual Semi – Estruturada

O propósito da análise qualitativa consistiu em adquirir significados de *empowerment* nos diversos contextos ecológicos e o papel do Reiki enquanto parte integrante desse processo.

O método de investigação qualitativa deverá apoiar os valores fundamentais do campo da Psicologia Comunitária, na utilização de uma perspectiva ecológica, que pressupõe que a experiência dos indivíduos e das comunidades podem apenas ser entendidas contextualmente, tendo em conta as interações entre as pessoas e os seus contextos e o enfoque no *empowerment* (Banyard & Miller, 1998). Segundo os mesmos autores, a técnica qualitativa constitui-se num instrumento poderoso na documentação da verdade que está por detrás das experiências pessoais das pessoas e tornar-se assim uma fonte de *empowerment*.

A escolha deste tipo de metodologia foi feita por se considerar relevante para o desenvolvimento do conhecimento científico, no domínio da Psicologia Comunitária, a abordagem do significado de *empowerment* em pessoas com experiência de doença oncológica.

Partindo da literatura existente da temática em estudo foi construído manualmente um Guião de Entrevista que poderá ser consultado (c.f. Anexo G).

As 14 questões de entrevista incluem os principais contextos ecológicos do processo da doença que compreendem três categorias principais:

1. *O Significado atribuído ao Empowerment;*
 - 1.1. Actividades promotoras de *empowerment*;
2. *Pessoas e coisas que influenciam o Empowerment;*
 - 2.1. Profissionais de saúde;
 - 2.2. Família;
 - 2.3. Amigos
 - 2.4. Participação nos Grupos de Ajuda Mútua para a promoção de E.P
 - 2.5. Informação
3. *Reiki para a promoção do E.P*
 - 3.1 Experiência de Reiki na recuperação da doença

De forma a otimizar as informações contidas nas experiências inerentes a cada participante, utilizou-se um gravador, para uma análise de temas posterior.

2.4. Procedimentos

Primeiramente, procedeu-se à solicitação da autorização do *Questionário de Empowerment aplicado a pessoas com experiência de doença oncológica* (34 itens) à autora Mok, via *e-mail*, para a sua utilização na presente investigação, obtendo-se a sua anuência.

O processo de recolha dos dados foi feita, na sua grande maioria, pela autora do presente estudo, tendo-se adquirido a colaboração de uma praticante de Reiki, que generosamente voluntariou-se para oferecer a sua ajuda na aplicação de um questionário.

Neste caso foi explicado os objectivos do estudo, a conceptualização de *empowerment* e a obrigatoriedade da entrega do Termo de Consentimento Informado a ser preenchido pelo participante (c.f. Anexo D)

A aplicação dos questionários para o grupo de Reiki foi feita a partir de um primeiro contacto com a pessoa, agendou-se previamente um local e uma hora e em três casos foi realizada via telefone, dado à falta de acessibilidade. Para o grupo da abordagem convencional, os questionários, na sua grande maioria foram recolhidos presencialmente. Seis dos participantes com doença oncológica, utilizadores dos tratamentos convencionais, responderam ao questionário presencialmente na Associação Girassol Solidário. A Associação apoia emigrantes com doença física, evacuados de Cabo – Verde, que não têm familiares que lhes forneçam estadia, ficando alojados nas “Residências Girassol” em Lisboa. De forma a garantir a legitimidade da recolha dos dados, a mesma foi consentida por escrito, assinada e carimbada, pela presidente da Associação Girassol Solidário (c.f. Anexo E)

As 5 entrevistas foram igualmente presenciais e individuais, previamente agendadas, realizadas em locais públicos e num Centro holístico de saúde e bem – estar. Todos os 25 participantes aceitaram participar livremente no estudo e assinaram o Termo de Consentimento Informado (c.f. Anexo F). Foi igualmente referido aos participantes que a sua participação no estudo seria totalmente anónima, iria ser garantida a sua confidencialidade e era livre de abandonar o estudo se assim o desejasse.

É de referir que numa primeira fase da recolha, explicou-se a conceptualização de *empowerment* aos participantes, a fim dos mesmos se familiarizarem-se com o termo, e só

depois aplicou-se o *Questionário*. Foi-lhes referido, a seguinte conceptualização de *empowerment* (EP) que mais nos pareceu conveniente: *um processo pelo qual as pessoas, organizações e comunidades ganham controlo e poder sobre as questões que lhes dizem respeito e afectem directamente a sua vida*” (Rappaport., 1981, 1995; Zimmerman., 1995 & Ornelas 2008).

Aos 5 entrevistados, as entrevistas tiveram início após o preenchimento do questionário. As entrevistas duraram cerca de 15 a 30 minutos e os participantes falaram da sua vivência de forma livre e espontânea, sendo que no final dirigiu-se um agradecimento aos participantes pela preciosa colaboração neste estudo.

Durante a recolha dos questionários e do consentimento informado foi atribuído o mesmo código ao respectivo consentimento e questionário, para se garantir a privacidade dos dados. Todos os participantes apreciaram a sua colaboração no estudo e poderem ter partilhado as suas experiências, sendo que a grande maioria ficou interessada no tema, dirigindo palavras de incentivo. É ainda relevante realçar que as cinco participantes mencionaram, no final das entrevistas, ter sido uma experiência singular, diferente e importante, pois tiveram a oportunidade de partilhar o que sentiram durante a vivência da doença e pelo facto de terem falado tão abertamente acerca da sua prática no Reiki, promotor de *Empowerment*.

2.5. Processo de tradução do Questionário de *Empowerment* Psicológico (EP) a pessoas com experiência de doença oncológica (Mok, 1998)

Como referido anteriormente, procedeu-se à solicitação da autorização do *Questionário de Empowerment Psicológico a pessoas com experiência de doença oncológica* (34 itens) à autora Mok, via e-mail, para poder ser utilizado no presente estudo, tendo-se obtido a sua anuência.

Para o *Questionário de Empowerment Psicológico aplicado a pessoas com experiência de doença oncológica* traduzido foi adoptada a designação “QEDO_VP1” que significa “Questionário de *Empowerment* na doença oncológica, 1ª versão Portuguesa”. A designação simboliza a adaptação do questionário para a versão portuguesa, após o seu processo de tradução.

Sendo assim, o questionário de *empowerment* poderá tornar-se num método de avaliação fulcral para a medição dos níveis de *empowerment* das pessoas com experiência oncológica, uma vez que atesta as várias componentes do *empowerment* associado à experiência de doença oncológica, relatadas na literatura. E ao mesmo tempo, para o

presente estudo em si, ter a função de comparar os dois grupos (utilizadores de Reiki e não utilizadores de Reiki) de acordo com os seus níveis de *empowerment*.

Para o propósito do presente estudo, não se pretende validar para a população portuguesa o *Questionário de Empowerment Psicológico a pessoas com experiência de doença oncológica* (Mok, 1998), uma vez que não se obteve a validade externa consistente. Sendo que a amostra do presente estudo (N= 25), de reduzida dimensão, não permite resultados generalizáveis à população.

No entanto, procedeu-se à sua tradução e como tal, segundo Guillemin, Bombardier, Beaton e Ferraz (2000), a adaptação transcultural é um processo que tem em conta quer a tradução dos itens, quer a sua adaptação cultural. Os autores resumem cinco directrizes para o processo de adaptação e tradução transcultural para manter a sensibilidade da escala na nova cultura alvo, nomeadamente: (1) tradução; (2) retroversão; (3) comissão de revisão das traduções e retroversões; (4) pré-teste; (5) ponderação dos scores. Para o caso, como só nos foi possível efectuar a tradução, o item 5 não se aplica.

Este processo de tradução para a língua portuguesa foi realizado através de uma metodologia colaborativa, teve como participantes três alunas que frequentam o Mestrado em Psicologia Comunitária e uma psicóloga bilingue (inglês/português). Pessoas detentoras de diferentes experiências e conhecimentos, nas quais estivessem familiarizadas com os conceitos teóricos de *empowerment*.

Fez-se o ressalvo aos participantes deste processo, que a tradução não tinha de ser literal, mas sim adaptar-se à língua portuguesa e ao contexto em que a nossa comunidade oncológica está inserida. Numa primeira fase, os alunos realizaram a tradução de forma independente, de seguida reuniram-se em grupo e partilharam as traduções, chegando a um consenso. As dúvidas surgidas acerca do conteúdo dos itens foram esclarecidas pelo investigador. Posteriormente, a retroversão da versão (AB) realizada pela pessoa bilingue, foi o resultado das traduções independentes da versão (A) e a (B), chegando a um consenso, elaborando uma tradução unânime (AB). Foi feita a junção das versões obtidas e apresentou-se a uma pequena equipa de revisão e obteve-se o resultado final, como se pode observar (c.f. anexo H). Por fim, aplicou-se o pré – teste da escala já traduzida, a um grupo de quatro pessoas, que vivenciaram a experiência de doença oncológica, de forma a otimizar o contexto em que a escala se insere e a captar o significado da sua vivência.

Depois de finalizados os procedimentos acima mencionados, demos início à recolha dos dados através da aplicação dos instrumentos.

Para o tratamento dos dados estatísticos utilizou-se o Software SPSS_20, partindo para a análise quantitativa.

3. Processo de Análise dos Dados

3.1. Questionário de Empowerment Psicológico a pessoas com doença oncológica – QEDO_VP1, Ferreira e Ornelas (2013).

Os dados quantitativos foram tratados e analisados com recurso ao Software estatístico SPSS_20.

Após a caracterização da amostra, foram realizadas as seguintes análises estatísticas: cálculo do coeficiente de consistência interna do *Questionário*; não se justificou avaliar a análise factorial exploratória, devido ao tamanho reduzido da presente amostra.

Realizaram-se estatísticas descritivas das médias de E.P para as dimensões da escala (total de participantes e comparações entre os 2 grupos); após a confirmação dos pressupostos de normalidade e da homogeneidade de variâncias, aplicou-se o Teste paramétrico t-student para aferir a existência de diferenças das médias nos níveis de E.P para cada grupo; Por fim, efectuou-se a aplicação das correlações de ró de Pearson, para duas variáveis quantitativas sócio – demográficas (data de diagnóstico e idade) e o de Spearman para uma das variáveis ordinal (formação), para aferir a relação entre os constructos e as respectivas variáveis, para ambos os grupos.

3.2. Análise Temática Qualitativa (Braun & Clarke, 2006)

Como já referido anteriormente, a investigação qualitativa parte do princípio da compreensão de como o mundo é construído, reflexão que pode ser realizada sob diferentes perspetivas.

O Método qualitativo que se optou por utilizar foi o da Análise Temática, a partir do estudo descritivo de Braun e Clarke (2006).

Consiste num método de identificação, análise e descrição de temas a partir do conteúdo dos dados, em que o tema capta algo importante acerca dos dados relacionados com a literatura. (Boyatzis, 1998 citado por Braun & Clarke, 2006).

De acordo com as autoras, este método deveria ser encarado como fundamental na análise qualitativa. Um dos muitos benefícios e vantagens é a sua flexibilidade, consiste num método relativamente fácil de aprender e rápido em aplicar; é um método útil para trabalhar dentro do paradigma de participação, na visão de participantes enquanto colaboradores; pode fazer sobressair as semelhanças e diferenças imbuídas no conjunto de dados.

As duas formas de abordagem na análise temática referem-se à indutiva e a dedutiva. O modo indutivo é mais preciso, uma vez que os temas estão fortemente ligados aos próprios dados e o modo dedutivo relaciona-se com questões teóricas ligadas à investigação (Braun & Clarke, 2006).

A análise dos temas compreende as seis fases do procedimento, implícitos na Tabela 4:

Tabela 4 – Fases de Análise Temática (adaptado de Braun & Clarke, 2006)

Fase	Descrição do processo
1. Familiarização com os dados:	-Transcrição dos dados. Leitura e releitura dos dados, anotação das ideias iniciais.
2. Criação de códigos iniciais:	-Codificação sistemática de padrões interessantes, agrupando os dados relevantes para cada código
3. Procura de temas:	-Agregação de códigos em temas potenciais, juntando todos os dados relevantes para cada tema potencial.
4. Revisão de temas:	-Verificação da ligação dos temas com os extractos codificados (Fase 1) e com todo o conjunto de dados (Fase 2), originando um “mapa” temático da análise.
5. Definição e nomeação de temas:	- Continuação da análise para refinar os detalhes de cada tema, e a história completa que a análise conta, gerando definições e nomes claros para cada tema.
6. Produção do relatório:	-A oportunidade final para a análise. Selecção de exemplos determinantes e vívidos, análise final dos extractos seleccionados, ligação da análise com a literatura e questões da pesquisa, produzindo um relatório académico de análise.

A *fase 1* compreende uma familiarização com os dados, o processo inicia-se a partir da transcrição das entrevistas, o investigador lê e relê novamente e começa a anotar as ideias principais.

Na *fase 2* partindo dessas ideias, o investigador inicia o processo de codificação de padrões interessantes, agrupando-os.

Na *fase 3* começa-se a agregar os códigos encontrados, na fase anterior, em potenciais temas de análise.

A *fase 4* consiste numa revisão de ligação dos temas encontrados aos extratos codificados (fase 1) e posteriormente com o conjunto global dos dados (fase 2), criando um “mapa” temático de análise.

Na *fase 5* continua-se a dar procedimento à análise para refinar os detalhes de cada tema/sub-tema, criando nomes claros para cada tema.

Por fim, na *fase 6* é a análise *per se*, inserida no capítulo da Discussão, selecionando-se exemplos de extratos e associando-se cada tema de análise com a literatura e questões de pesquisa.

É necessário e interessante considerar os próprios temas em relação uns com os outros (Braun & Clarke, 2006), num processo dinâmico e construtivo.

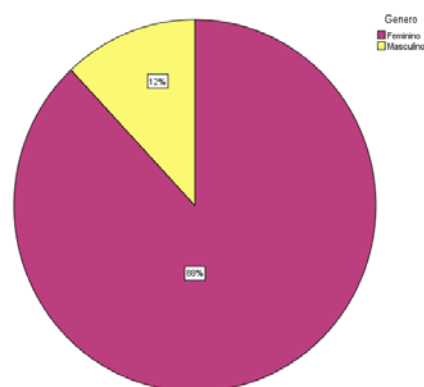
4. Resultados

Na quarta parte desta investigação apresentam-se os principais resultados obtidos, assentes nas questões de investigação. Primeiro serão apresentados os resultados alcançados pela abordagem qualitativa e, de seguida, pela abordagem quantitativa.

4.1. Questionário de *Empowerment* Psicológico a pessoas com doença oncológica – QEDO_VP1, Ferreira e Ornelas (2013).

Caracterização da Amostra:

A amostra é constituída por 25 participantes, 22 dos quais pertencem ao sexo feminino (88%), e 3 ao sexo masculino (12%) (Figura 1). *Figura 1 – Género dos Participantes*



Em relação ao estado civil, 11 participantes são casados, 8 são solteiros, 3 divorciados e outros 3 referem ser viúvos.

Em relação à idade, a mínima corresponde a 27 e a idade máxima 74 e a sua média de idades é de 50 anos (DP=13.9)

(cf. Anexo I)

Relativamente ao grupo etário onde se insere a amostra dos participantes (Figura 2), que responderam ao Questionário (N=25), a maioria incide entre os 45 e os 60 anos (13%).

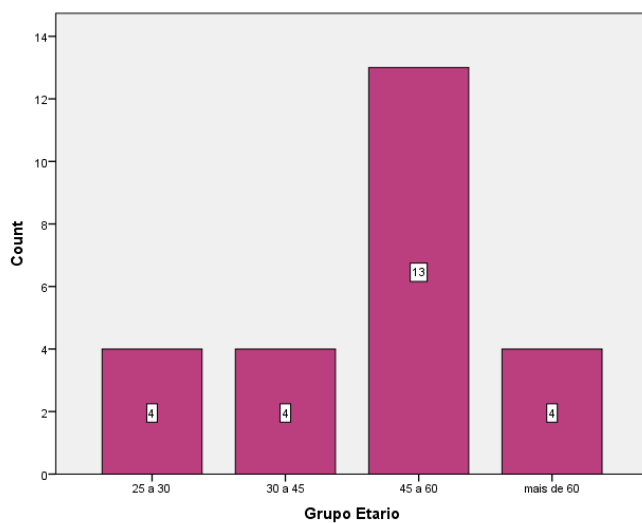


Figura 2 – Grupo Etário dos participantes

No que concerne à variável Formação ou nível de escolaridade, a maioria possui o ensino superior (N=15) e a minoria o 12º ano (N=2).

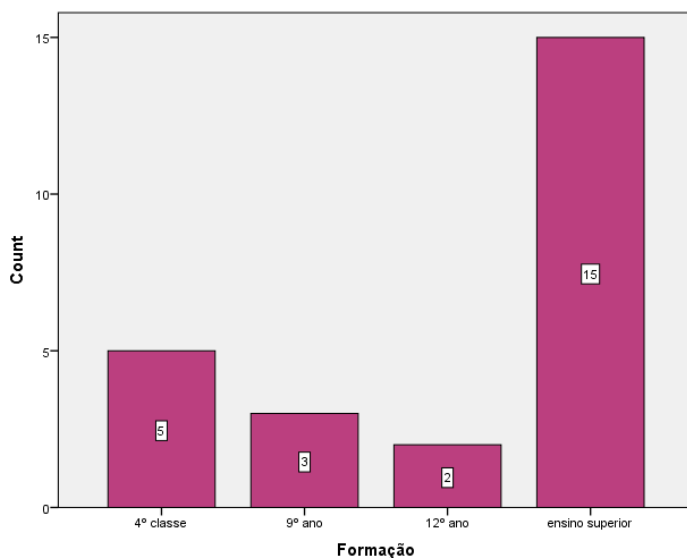


Figura 3- Nível de formação dos participantes

Em relação à variável data de diagnóstico da doença, a maioria dos participantes soube do diagnóstico em 2012 (N=8), em contraposição, apenas um participante obteve o resultado do diagnóstico em 2010 (N=1).

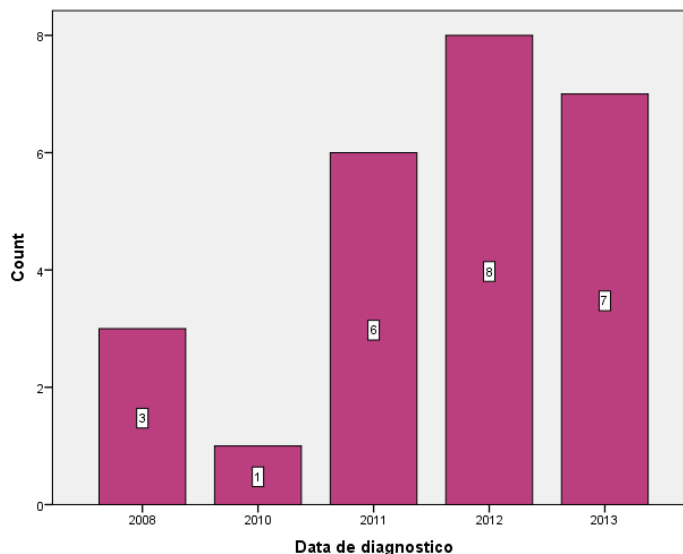


Figura 4 – Data de Diagnóstico

Consistência interna

A consistência interna avalia a fiabilidade do instrumento através do alfa de Cronbach e consistência dos itens, isto é, se os itens medem ou não o que pretendem medir. Deste modo, a consistência interna (*alpha de Cronbach*) da escala original de Mok (1998) foi de .85 Na presente traduzida, mas não validada, para a população portuguesa, alcançou valores globais que revelam um excelente coeficiente de consistência interna ($\alpha = .92$) (cf. Anexo J).

Estatística Descritiva

Para o presente estudo, uma vez que obtivemos uma dimensão da amostra bastante reduzida (N=25), a nossa análise baseia-se na estatística descritiva, do valor das médias sobre os constructos, associados aos itens correspondentes, para o total da amostra e para os 2 grupos (c.f. Anexo K). Por conseguinte, aferiu-se as médias correspondentes às dimensões da escala. O constructo que obteve o nível de E.P mais elevado, para ambos os grupos, foi a Confiança (M=4.09), e o valor mais baixo foi o Skills e Conhecimento (M=3.43)

Quadro 1 – Estatística Descritiva para o valor das médias dos constructos

Estatística Descritiva					
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Aceitacao_Doenca	25	2,25	5,00	3,8100	,68572
Confianca	25	3,43	5,00	4,0971	,47150
Esperanca	25	3,33	5,00	4,3467	,46627
Skills_Conhecimento	25	2,00	4,75	3,4350	,80939
Significado_Vida	25	3,14	5,00	4,0629	,55800
Optimismo_Flexivel	25	3,00	5,00	4,0720	,58561
Valid N (listwise)	25				

Com o intuito de dar resposta à comparação de médias entre um grupo (reiki) e o outro (não reiki), obtivemos o seguinte resultado na análise dos níveis de E.P para cada constructo, para ambos os grupos (Quadro 2). O grupo de reiki obteve os valores médios mais altos para todas as dimensões, relativamente ao grupo sem reiki. Verificando-se uma diferença substancial para o constructo Skills e Conhecimento (M=2.916), comparativamente à media (M=4.21).

Quadro 2 – Análise dos níveis de E.P de cada constructo para os 2 grupos

Grupo Estatístico					
	Reiki	N	Média	Desvio Padrão	Média de erro
Aceitacao_Doenca	Não Reiki	15	3,5167	,48612	,12551
	Reiki	10	4,2500	,72648	,22973
Confianca	Não Reiki	15	3,8095	,26817	,06924
	Reiki	10	4,5286	,36916	,11674
Esperanca	Não Reiki	15	4,1556	,41532	,10723
	Reiki	10	4,6333	,39907	,12620
Skills_Conhecimento	Não Reiki	15	2,9167	,54418	,14051
	Reiki	10	4,2125	,40846	,12917
Significado_Vida	Não Reiki	15	3,7524	,38358	,09904
	Reiki	10	4,5286	,44696	,14134
Optimismo_Flexivel	Não Reiki	15	3,8133	,44379	,11459
	Reiki	10	4,4600	,57388	,18148

Comparação das médias dos 2 grupos – Teste Paramétrico T-student

Com o objetivo de verificar a existência de diferenças significativas nas médias de *empowerment* entre o grupo que pratica reiki e o grupo que não pratica, foi realizado o teste paramétrico t-student, depois de verificado o pressuposto de variâncias homogêneas. O teste de normalidade não se verificou para todas as variáveis constadas, todavia como o teste paramétrico é mais potente optou-se por utilizá-lo, em detrimento de um teste não paramétrico (Mann-Whitney) que seria menos potente. Fizemos o t-student porque é o teste que se utiliza quando a VD é quantitativa e queremos comparar 2 grupos.

Através dos resultados, observou-se que há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos para todas as dimensões ($p < .05$) (cf. Anexo L)

Relação entre as variáveis sócio – demográficas e os níveis de E.P para cada dimensão, nos 2 grupos

Primeiramente fez-se a correlação de Pearson entre os constructos para as variáveis “data diagnóstico” e “idade”, por serem VD quantitativas. Pretendíamos verificar a influência da data em que se obteve o diagnóstico da doença com as dimensões de E.P, ou seja, se a data tinham ou não influência nos níveis de E.P das respostas dadas. Os resultados mostram que não existem correlações significativas, logo a data não tem influência (cf. Anexo M)

Seguidamente fez-se a correlação de Spearman para medir a relação entre os constructos e a variável “formação”, que é ordinal (cf. Anexo N). O objectivo seria de aferir a influência entre o nível de formação com os níveis de E.P, associados aos constructos. Podemos concluir que o grupo que pratica reiki corresponde ao nº total, obtendo os maiores níveis de formação ($n=9$) correspondente ao ensino superior, proporcionalmente ao grupo que não pratica reiki, que possui ($n=6$) para o mesmo ensino. Estes resultados sugerem, a relação entre os níveis de formação com a informação acerca do Reiki. Quanto maior é a formação, maior é o poder de escolha para optar, uma vez que ter informação significa ter poder. No entanto, as correlações não foram significativas. Por último, fizemos o mesmo para a variável “idade”, com o objectivo de aferir a influência da idade nos níveis e E.P (para ambos grupos) (cf. Anexo O). Os resultados mostram que não existem correlações significativas, no entanto no grupo sem reiki há uma tendência para que com o aumento da idade, haja uma diminuição na esperança e no optimismo ($r = -.203$) (cf. Anexo O).

4.2. Entrevistas individuais – Componentes de E.P associadas ao Reiki

A partir da observação dos dados qualitativos, presentes nas entrevistas, foram encontrados códigos associados aos três níveis de *empowerment* psicológico (EP) postulados e conceptualizados por Zimmerman (1995), tal como mencionado e descrito no capítulo da contextualização teórica.

Ao analisar-se as entrevistas (*anexo I*), foram identificados pontos em comum entre os participantes nas suas transcrições e face ao que se encontra presente na literatura. A par de outros temas encontrados, igualmente importantes, embora não transversais, dado à inexistência de estudos que comprove o Reiki, enquanto recurso de *empowerment* a este nível.

Neste sentido, foram identificados **7 temas** principais (*Figura 1*), 3 associados à **dimensão intrapessoal** (Zimmerman, 1995), dois quais constam: o *Controlo; a Transformação de Pensamentos* e o *Crescimento Espiritual*. No que toca à **dimensão interaccional** (Zimmerman, 1995) temos 2 temas associados: a *Aquisição de Conhecimentos e Skills* e as *Redes de Apoio*. Associados à **dimensão comportamental** (Zimmerman, 1995) constatamos 2 temas: o *Envolvimento Activo* e os *Grupos de Ajuda Mútua (GAM) & Grupos de Apoio Reiki (“GAR”)*.

Dentro de cada tema principal emergem derivados subtemas que, em essência, são “temas dentro de um tema” (Braun & Clarke, 2006). Estes temas (7) e sub – temas (26) encontram-se alinhados da seguinte forma, com o respectivo n° de ocorrências em frases para cada tema e subtema associado (*n° em itálico*) e as ocorrências globais para os temas e subtemas associados (n° em ***negrito**).

Tema 1 (***36x’s**) – O **Controlo** (*3x’s*): é o tema que integra as ideias e experiências vividas pelos participantes acerca do domínio que possuem em si mesmos e face ao processo de doença. Remete para uma ideia de *coping* e de outros mecanismos de superação face à doença. Integra quatro sub – temas: (i) Tomada de decisão (*6x’s*) refere-se à liberdade para planear e escolher sobre os diferentes métodos de tratamento; a (ii) Força de vontade (*7x’s*) consiste num espírito de garra, determinação e motivação para lutar e superar a doença; a (iii) Responsabilidade pessoal (*7x’s*) em assumir o total controlo pela recuperação e a responsabilidade perante a vida, numa lógica de consciência de que as suas vidas só deles dependem. Refere-se ao participante de assumir o que lhe aconteceu e o que poderá vir a acontecer no futuro; (iv) Diminuição do stress físico e psicológico (*13x’s*), como o próprio nome indica, refere-se ao alívio dos sintomas físicos, psicológicos e emocionais,

causados pelos efeitos secundários do processo de doença e da administração de tratamento convencional. Os participantes apenas associaram esta dimensão à sua experiência com o Reiki e, por conseguinte, do efeito recuperativo do mesmo, ao nível do bem – estar físico, psicológico e emocional.

Tema 2 (***34x's**) – A **Transformação de Pensamentos** (5x's): é o tema referente à mudança de paradigma e de atitude face à doença. Os participantes compreendem a importância de estarem atentos às dificuldades, encarando a doença como passageira e, sobretudo passam a encarar a vida de uma forma mais positiva e confiante. Integra 5 subtemas: (i) o Pensamento Positivo (6x's) refere-se a uma atitude mental de realçar os aspectos positivos que a doença veio a ensinar, em detrimento dos negativos; a (ii) a Esperança (4x's) refere-se à crença mental e emocional de esperar pelos melhores resultados e soluções na recuperação, ao invés dos piores, mesmo quando há indicação do contrário. É uma componente que também está associada aos significados atribuídos à fé dos participantes, o ter esperança num “amanhã melhor” e o “ter uma vida pela frente”; (iii) a Aceitação da doença (8x's) é o contrário da negação, refere-se a uma atitude mental positiva de aceitar pacificamente a doença e todos os desafios que ela acarreta; (iv) a Auto – Estima (6x's) remete para um processo de avaliação positiva que os participantes fazem acerca de si. Refere-se à imagem corporal e ao amor - próprio que sentem face aos efeitos nocivos dos tratamentos convencionais, que debilitam o corpo e a aparência física da pessoa. (v) A Confiança (5x's) refere-se à crença mental optimista face aos tratamentos convencionais e/ou complementares, face aos profissionais de saúde, face ao reiki, aos praticantes de reiki e confiança nos desafios impostos pela doença e na sua recuperação “ter fé”.

Tema 3 (***23x's**) – O **Crescimento Espiritual** (3x's): é o tema que se refere a um processo de mudança interna, em que se considera vários aspectos da vida numa perspectiva espiritual, abrangendo as várias dimensões do Ser (corpo, mente e espírito). Os participantes ligam-se ao transcendente como mecanismo de superação para as suas dificuldades, decorrentes da doença. Integra visões e práticas espirituais, que nada têm a ver com religião, ligadas a conceitos como “gratidão”, “fé”, “auto – conhecimento”, “desenvolvimento pessoal”, “viver o presente”: Integra 3 subtemas: (i) a Transformação interior (5x's), como o próprio nome indica, refere-se à mudança interior positiva de padrões antigos de comportamento, de pensamento e de crenças associadas à vida no geral, e à doença em particular. (ii) A Harmonia (7x's) refere-se a um estado de espírito e

emocional de pura tranquilidade, plenitude e equilíbrio. Alerta os participantes para a importância de viverem o momento presente, sem se preocuparem com o dia de amanhã, pois o futuro é incerto, sobretudo na condição de doença e por fim, (iv) A Atribuição de significado e propósito à vida (8x's), remete-nos para um espírito de missão e atribuição de um novo sentido para as suas vidas, resultante da experiência de doença. Ao considerarem e sentirem que tudo tem uma razão de ser e que todas as experiências que passam na vida, sejam elas boas ou más, seguem um propósito maior, não meramente fruto de acontecimentos fortuitos.

Tema 4 (***19x's**) – A **Aquisição de Conhecimentos e Skills** (5x's): é o tema que se refere à procura pró – activa de conhecimentos acerca da doença, dos tratamentos convencionais, seus efeitos secundários, bem como tratamentos complementares, em todas as suas dimensões, incluindo a alimentação saudável e o exercício físico. É a aquisição da variada informação e entendimento acerca dos recursos que têm ao seu alcance e as competências (*skills*) para fazer uso dessas ferramentas. Integra dois sub-temas: (i) a Informação dos diferentes métodos de tratamentos (5x's), que consiste, tal como o nome indica, na obtenção de informação sobre os diferentes métodos de tratamento, enquanto recurso a recorrer na recuperação da doença. (ii) as Ferramentas de Auto – Ajuda (9x's), referem-se ao conhecimento e uso das ferramentas adquiridas, que os participantes têm ao seu dispor para superar a doença, nomeadamente a utilização a práticas de tratamentos complementares, como por exemplo, a realização dos níveis de reiki.

Tema 5 (***25x's**) – As **Redes de Apoio** (1x): é o tema que corresponde à rede de suporte social, que os participantes possuem na sua vida, de um conjunto de pessoas significativas, que contribuem para apoiar e facilitar os recursos necessários no combate à experiência de doença dos participantes. Integra 3 sub – temas directamente relacionados: (i) Família / Cônjuge (10x's), considerou-se o termo “cônjuge” enquanto membro familiar, pelo facto da grande maioria dos participantes os terem percebido como tal, sem distinção; (ii) Amigos (6x's) e os (iv) Profissionais de saúde (8x's), que se referem aos médicos, enfermeiros, GAM e também os praticantes de Reiki.

Tema 6 (***28x's**) – **Envolvimento Activo** (2x's): é o tema que se refere a todas as actividades promotoras de *empowerment*, aos comportamentos pró – activos de liderança face à doença, para alcançar os objectivos de superação. Potencia um impacto positivo na

qualidade de vida e uma alteração nos hábitos de rotina diários. Inclui 5 sub – temas: (i) Exercício físico (3x's); (ii) Melhoria na Alimentação (2x's); (iii) Meditação (4x's); (iv) Reiki (13x's) e (v) Lazer (4x's)

Tema 7 (*21x's) – **GAM & Grupos de Reiki** (5x's): é o tema que se refere à participação nos Grupos de ajuda mútua e nos Grupos de partilha de Reiki. Consideraram-se os “GAR” (grupos de apoio reiki) no mesmo pé de igualdade dos GAM, pelo facto dos participantes os terem percebido como tão ou mais eficazes do que os GAM e, por isso, não fazerem a distinção entre ambos. Integra 4 sub-temas: (i) Ajudar os outros (2x's), a participação nos GAM e “GAR” dá a possibilidade aos participantes de adquirirem forças para ajudar os outros colegas, em semelhante situação; (ii) Partilhar experiências (6x's), refere-se à libertadora partilha de emoções e trocas de ideias acerca dos medos, vivências e/ou preocupações, sentidas em comum entre as pessoas pertencentes aos Grupos, que passam por situações idênticas ou semelhantes no decurso da doença; (iii) Sentimento de Pertença (6x's) ao grupo refere-se ao sentimento de ligação e identificação com a experiência de doença de cada um dos participantes, havendo cumplicidade afectiva e psicológica entre os membros; a (iv) Informação (2x's), disponibilizada pelos colegas e profissionais de saúde, durante os encontros nos GAM's e GAR.

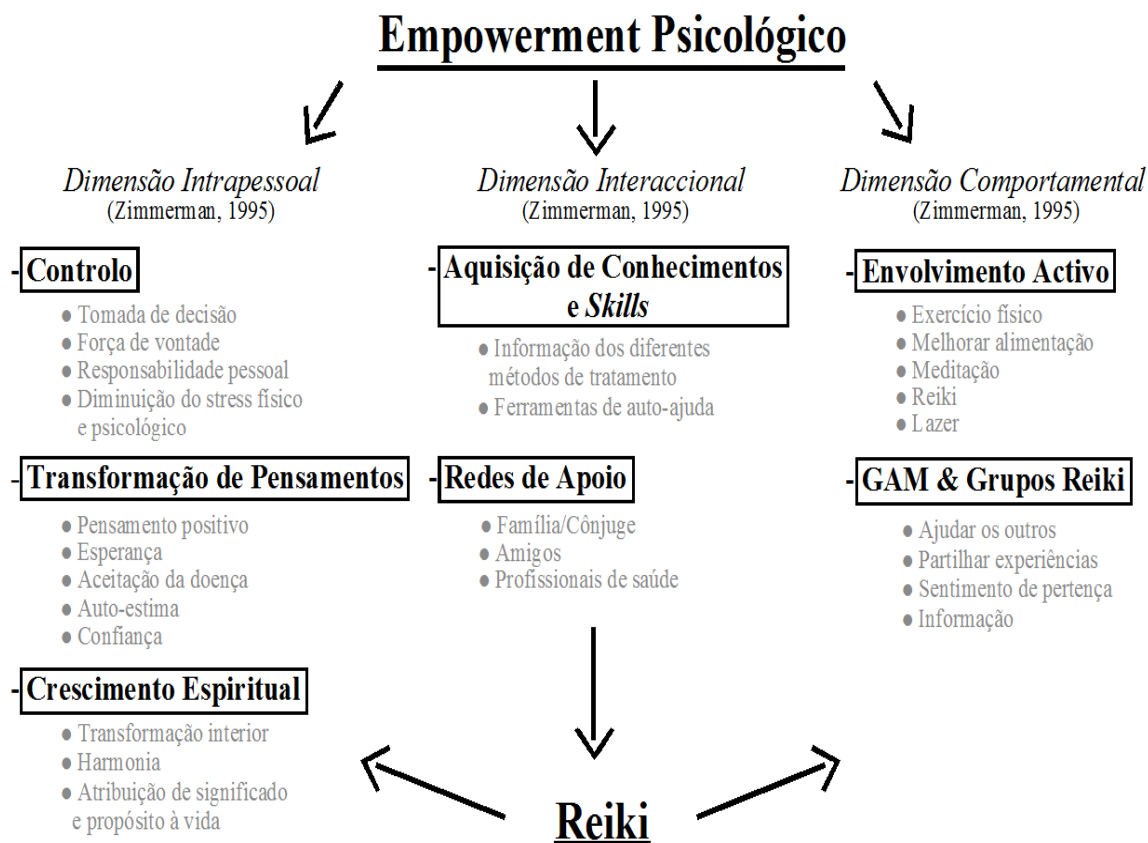


Figura 5 – Mapa conceptual temático das componentes de EP associadas ao Reiki

Ainda antes de alcançarmos os 7 temas principais, representados na Figura 1, foi feita, à priori, a transcrição dos relatos no âmbito das entrevistas individuais (cf. Anexo P), tendo sido possível detectar a existência de alguns padrões comuns de resposta em relação às perguntas que aferiam as dimensões de E.P, postulados por Zimmerman (1995).

Posteriormente, já na fase do processo de análise temática, compreendeu-se a selecção de códigos iniciais dos dados contidos nos extractos, que foram ao encontro das questões do guião de entrevista e dos níveis de *Empowerment* Psicológico (E.P) contidos na literatura.

Optou-se por seleccionar, das três categorias utilizadas no guião de entrevista, os primeiros códigos selectivos pela lógica que se pareceu mais adequada aos temas encontrados, que suscitaram maior interesse e relevância para a questão de investigação e que espelham experiências colectivas e interligadas. Os 1ºs códigos iniciais (99), contabilizando-se a frequência com que são mencionados nos extractos das entrevistas:

1. *Significado atribuído ao empowerment:*

Controlo; Poder; Informação; Não vitimização; Força de vontade; Tomada de decisão; Autonomia; Aceitação da doença; Responsabilidade pessoal; Envolvimento Activo; Consciência da doença; Alteração na percepção de vida; Aprendizagem; Evolução.

1.1. *Actividades que promovem empowerment:* Procura pelo auto – conhecimento; Viver a fé; Reiki/ Auto – Reiki; Lazer; Formação pessoal; Exercício físico; Melhoria na alimentação; Meditação; Procura de respostas aos acontecimentos.

1. *Pessoas e coisas que influenciam o empowerment:*

Família: pais/ cônjuge/ filhos(as); Importância em si próprio; Forças; Motivação; Profissionais de saúde; Confiança; GAM (Grupos de Ajuda Mútua); Encorajamento; Elogios; Auto – estima; Acompanhamento; Positividade; Livre – arbítrio; Autonomia; Redes de apoio; Esclarecimento; Escolhas; Amor; Aquisição de competências; Grupos de apoio de Reiki (GAR).

2.2. *Participação nos GAM e Grupos de apoio Reiki na promoção de empowerment:* Partilha de experiências; Comparações com os outros; Cumplicidade; Troca de ideias; Informações; Sentimento de pertença; Identificação; Libertação; Catarse; Partilha de emoções; Elo de ligação; Participação comunitária; Ajudar os outros; Aquisição de conhecimentos.

2. *Reiki para a promoção de empowerment:* Orientação; Atenção recebida do Praticante; Sensibilidade; Segurança; Efeito recuperativo; Bem – estar físico e psicológico; Entendimento; Qualidade de vida; Gratidão; Resistência física; Tranquilidade; Calma; Relaxamento; Harmonia; Paz; Alívio da dor; Transformação de pensamentos; Atribuição de significado e propósito de vida; Pensamento Positivo; Sentimento de esperança; Aceitação corporal; Serenidade; Limpeza da mente; Viver o presente; Crescimento espiritual; Redução da ansiedade; Crescimento pessoal; Optimismo; Auto – Conhecimento; Auto – Ajuda.

3.1. *Experiência de Reiki na recuperação da doença (efeitos visíveis):* Alterações nos Pensamentos; Regressão do tumor; Perda de Peso; Alterações positivas na imagem

corporal; Aceleração do processo de cicatrização; Atenuação dos efeitos secundários decorrentes dos tratamentos convencionais.

Numa segunda fase do processo, procedeu-se à leitura atenta e minuciosa das transcrições, de modo a alcançar uma compreensão mais aprofundada do conteúdo discursivo dos dados recolhidos. Na terceira fase, foi feita uma revisão sucinta entre os códigos presentes nas entrevistas e potenciais temas associados a eles, agrupando os códigos contidos nos extractos das entrevistas por temas / categorias principais e subtemas associados. Analisámos a relação existente entre os diferentes códigos, os aspectos comuns e a sua coesão interna. Associando-os a cores específicas, na análise dos extratos. Numa quarta fase, através da lógica de frequência com que foram referidos num maior nº de vezes, reflectimos acerca dos possíveis nomes que pudessem ser atribuídos aos temas, de modo a que fossem explícitos e concisos. Obteve-se os principais sete temas acima apresentados na figura1, relativas às componentes de significado de *Empowerment* Psicológico, que os participantes associaram ao Reiki.



Figura 6 –Resultado das componentes empowered do Reiki

Através da Figura 2, verificamos que o reiki promove o E.P, na medida em que facilita o alcance de todas as componentes do estudo, à excepção do Tema 4 e Tema 5, integradas na dimensão interaccional. Devido ao facto, da *Aquisição de Conhecimentos e Skills* e

a *Rede de Apoio* já existirem na vivência das participantes, no entanto as mesmas só vieram reforçar a procura pelo reiki.

Deste modo, o reiki poderá constituir-se numa importante ferramenta de promoção e aumento de E.P, tornando-se parte de um processo de *empowering* dinâmico e construtivo, que possibilita à sua volta um ciclo de recursos disponíveis no contexto ecológico para a comunidade oncológica. Como podemos observar pela seguinte Figura 3:

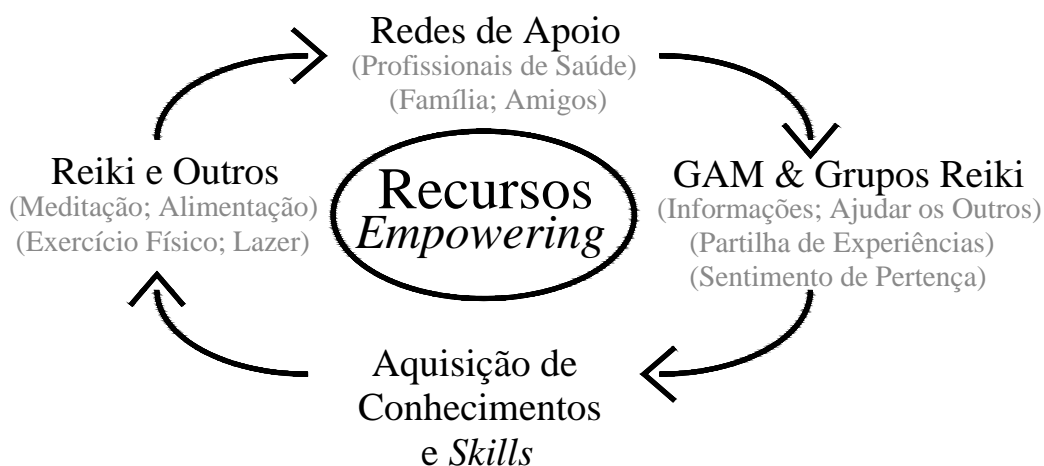


Figura 7 – Componentes do ciclo de recursos no processo de empowerment associados ao Reiki

Sendo assim, constatamos que as *Redes de Apoio* (contexto relacional) direccionam para os *GAM* e *GAR* (participação activa), que por sua vez levam à obtenção de *Conhecimentos e Skills* e que por fim levam ao conhecimento e à prática de *Reiki* (entre outros) e sucessivamente. A prática de reiki, enquanto ferramenta de desenvolvimento pessoal, promove o fortalecimento dos recursos internos pessoais, sob o ponto de vista pessoal e colectivo.

Com o reiki, a pessoa é o próprio agente de mudança, na medida em que o processo de tratamento dos bloqueios emocionais, só dela dependerá e a energia só fluirá se ela pretender.

5. Análise e Discussão dos Resultados

Na quinta parte deste estudo, realiza-se a análise sucinta dos resultados obtidos, através da abordagem quantitativa e qualitativa.

Os resultados deste estudo, como pudemos constatar, são significantes a vários níveis. Iremos primeiramente discutir a análise que obtivemos através dos resultados estatísticos, comparando ambos os grupos: utilizadores de Reiki e não utilizadores de Reiki. De seguida passaremos a discutir os resultados obtidos das cinco participantes utilizadoras da técnica Reiki. De forma a compreendermos a vivência das participantes no decorrer da sua experiência de doença oncológica, a um nível intrapessoal, interpessoal e comportamental. Acima de tudo, iremos entender, o propósito em que se assenta este estudo: o significado de *Empowerment*, na experiência de doença oncológica e qual a função do Reiki na promoção do mesmo.

5.1. Questionário de Empowerment Psicológico para pessoas com doença oncológica – QEDO_VP1, Ferreira e Ornelas (2013)

O Questionário de Empowerment aplicado à nossa amostra demonstrou um excelente coeficiente de consistência interna ($\alpha = .92$). Foi possível aplicar o teste paramétrico t-student e retirar a conclusão pertinente para averiguar o objectivo do nosso estudo: há diferenças significativas entre os 2 grupos para todas as dimensões presentes no estudo de Mok (1998), ($p < .05$). Os resultados obtidos através da estatística descritiva permitem-nos concluir que o grupo de reiki obteve os valores médios mais altos para todas as dimensões, relativamente ao grupo sem reiki e que, para além disso, o E.P mais alto corresponde à dimensão Confiança ($M=4.09$), contrariamente ao mais baixo, correspondente aos Skills e Conhecimento ($M=3.43$). As correlações feitas entre as variáveis data de diagnóstico, formação e idade, não se revelaram significativas. No entanto, o grupo que pratica reiki possui o nível de formação e de E.P mais elevado.

5.2. Entrevistas individuais – Componentes de E.P associadas ao Reiki

Tema 1: Controlo

Para a maioria das participantes ter um sentimento de *empowerment* significa, antes de mais, assumir o controlo e ter poder face à situação na qual estão a viver. Circunscrito na dimensão intrapessoal, o controlo diz respeito ao sentimento de competência da própria pessoa na situação de doença:

“Para mim significa acima de tudo ter algum controlo sobre a situação que eu estou a viver (...) E também, ao mesmo tempo, aprender a lidar com ela no sentido de a controlar e dela não me controlar a mim.” – P#1

“Para mim (empowerment) é ter um sentimento de poder e controlo sobre a doença (...)”

“(...) é mesmo o facto de conseguirmos controlar os nossos pensamentos e estarmos preparados para a luta do dia – a – dia.” – P#2

Como se depreende, os discursos das participantes são consistentes com o que nos relata a literatura, sendo similares entre si. No caso da P#1, é perceptível a importância que o controlo exercido tem sobre a sua doença e, a forma como resolveu, a partir deste, lidar com a situação adversa. Numa lógica, de não se deixar vencer pela experiência de crise na qual está a passar, mas sim possuir o domínio sobre o seu *recovery*. A ausência de controlo e de poder nos vários aspectos das suas vidas, são a causa principal para o *disempowerment* e o sentimento de vitimização ao longo da doença (Mok et al., 2004; Chang et al., 2004). Assim, um princípio importante da teoria de *empowerment* é o facto das pessoas experimentarem uma sensação de controlo sobre assuntos que elas entendem como importantes (Gibson, 1991 citado por Stang & Mittelmark, 2010).

As participantes entrevistadas, recorrem ao Reiki por vários motivos. Mas em geral, expressaram a vontade de adquirir um maior controlo sobre os sintomas relacionados com a doença no geral e os efeitos secundários dos tratamentos convencionais em particular, que o Reiki poderia auxiliar. É o caso da participante P#2, ao afirmar que o Reiki proporciona-lhe *empowerment*, na medida em que através dele consegue controlar os seus pensamentos, preparando-se assim para os desafios diários. Tal como refere Smithson et al. (2010), o processo de aquisição de controlo é o tema central para muitas pessoas que experimentam tratamentos complementares

Sub – tema 1.1: **Tomada de decisão**

O processo de tomada de decisão para a maioria das participantes com experiência oncológica, pode ser facilitada por várias pessoas e em várias circunstâncias, contudo, essa decisão efectiva partiu sempre delas próprias.

Todas as participantes entrevistadas, estão cientes do seu direito de optar pelos diferentes métodos de tratamento e consideram muito importante para o processo de *recovery* ter o direito a escolher: As participantes P#1 e P#4 referem:

“É importante termos consciência desse direito de escolha nas tomadas de decisão.” – P#1

“(...) ainda que tivesse sido opção minha, a escolha de diferentes métodos de tratamento” – P#4

A participante P#4, ao longo da sua entrevista, refere ter tido a influência da sua irmã na escolha de outros métodos de tratamento complementares, como veremos mais adiante. Pelo que refere ter sido crucial essa influência nesta fase da sua vida, ainda que a decisão final tenha partido dela. Como também, afirma ter sido fundamental esse incentivo da parte dos enfermeiros, para poder escolher sobre outros métodos de tratamento. O que sugere-se que os enfermeiros contribuíram para o seu sentimento de E.P, pois facilitaram o processo de tomada de decisão:

“Já da parte dos enfermeiros disseram-me que eu tinha a liberdade de optar se queria, realmente, recorrer ao processo (tratamentos convencionais) novamente. Isso motivou-me e deu-me liberdade de escolha, para mim na altura foi fundamental.” – P#4

A participante P#3, teve uma experiência de doença peculiar (*Anexo transcrição entrevistas FASE 3.*), ao longo do seu discurso refere que os médicos propuseram-lhe vários tipos de tratamento (várias sessões de radioterapia e quimioterapia) e após reflexão decidiu que não queria, só a medicação, pois já era praticante de Reiki:

“O utente podia optar se queria ou não fazer isso (tratamentos convencionais) na altura eu decidi que não queria (...) Disse ao médico que não queria recorrer à quimioterapia, nem radioterapia, nem qualquer outro tipo de tratamento, só mesmo a medicação para controlar as hormonas da tiroide e o reiki.” – P#3

Para a participante P#3, a liberdade para tomar a decisão de optar pelo Reiki, em detrimento dos tratamentos convencionais, conferiu-lhe controlo sobre a doença e essa tomada de decisão, associada ao Reiki, proporcionou-lhe *empowerment*.

Todavia, para a participante P#5, o fundamental foi o apoio dos médicos nas tomadas de decisão. Os médicos contribuíram para um aumento de E.P, na medida em que adquiriu mais controlo sobre a doença, resultante de um sentimento de autonomia nas escolhas:

“Os médicos (...) Apoiam as minhas opções, decisões e respeitam integralmente a minha forma de estar na vida. Sinto-me respeitada, bem cuidada e bem esclarecida (...) fornecerem-me toda a liberdade para poder fazer as minhas escolhas.” – P#5

Estes dados, são congruentes com os estudos presentes na literatura. Mais uma vez se demonstra a importância das tomadas de decisão para o aumento de E.P e a influência

significativa dos profissionais de saúde e familiares nas mesmas. Os estudos têm demonstrado que o aumento de E.P para as pessoas com experiência oncológica, passa também por trabalhar em conjunto com os profissionais de saúde, no envolvimento e planeamento das suas escolhas, assim como manterem-nos informados das opções existentes (Harris, 1998; Bjorklund & Fridlund, 1999; Ehrenberger, 2001 citado por Bulsara et al., 2004). Isso confere-lhes a possibilidade de controlarem as suas vidas e reivindicarem os seus direitos (Pearsall & Hanks, 1998 citado por Mok et al. (2004). Vários são os estudos que referem, igualmente, a influência significativa da família e dos amigos como fontes de recurso às informações acerca dos métodos alternativos e complementares (CAM's) (Balneaves, Kristjanson & Tataryn, 1999; Boon et al., 1999; Eng et al., 2003 citado por Öhlén et al., 2006).

Sub – tema 1.2: **Força de Vontade**

A superação da doença depende, em grande parte, de uma força de vontade, para lutar, persistir e não desistir. A este espírito de garra alia-se o acompanhamento fornecido pelo suporte social que é percebido por duas participantes entrevistadas:

*(...)quando somos estimados e amados, quando sentimos que não somos um “peso” e que fazemos falta, isso, logicamente, vai-nos dar mais forças para combater a doença e dá-nos cada vez mais motivação para a vida!
(...)Portanto, esse acompanhamento traz força, sentimos que não estamos sozinhos.” – P#1*

(...)Foi a partir daí (do auto – reiki e do Praticante) que comecei a procurar a minha força.” – P#2

No caso da participante P#1, como se pode perceber através da citação, o suporte social, nomeadamente o da família, potencia forças para combater a doença, o que por conseguinte, promove o sentimento de E.P. O sentir que não é um peso na vida dos familiares, está também patente na literatura, como um factor de empoderamento (Mok, 1998; Mok et al., 2004) para as pessoas com experiência de doença oncológica. O acompanhamento e preocupação da família na vivência da doença, para a participante P#1 promove a força de vontade, e remove o isolamento social.

Relativamente à participante P#2, o reiki que pratica em si própria e o estímulo do seu Praticante de reiki levaram a um aumento das forças, o que por conseguinte, levou ao sentimento de *empowerment*. A ideia de força de vontade, neste caso, foi facilitada pelo Praticante de reiki e Auto – reiki.

A participante P#2 refere ainda que a percepção que tem acerca de E.P está precisamente associada à força de vontade e ao controlo sobre a doença, considerando serem extremamente importantes neste processo, conferindo poder:

“(...) poder e controlo sobre a doença faz com que consigamos ultrapassar com mais vontade e garra esta fase da nossa vida e daí a importância de termos esse poder. Penso que dentro desta minha luta, eu tive sempre isso. É muito importante termos o poder e a força de vontade para lutarmos contra o cancro, se não tivermos é mais fácil a doença apoderar-se de nós.” – P#2

É de realçar, ainda para a participante P#2, um aspecto muito importante para o nosso estudo. Esta refere que o reiki que pratica origina força de vontade para ultrapassar as dificuldades da doença, ao nível do bem – estar mental e emocional, da seguinte forma:

“(...)E depois quando temos a nossa mente controlada e limpa, devido ao Reiki, conseguimos estar predispostos à força e com mais energia.” – P#2

Da mesma forma que a participante P#3, fazia exercício físico, como uma actividade *empowered* para dar forças para ultrapassar as dificuldades, através do bem – estar físico dele proporcionado:

“(...)não para esquecer, mas para me dar mais força, para me poder revitalizar” – P#3

Assim como, o motivo pela qual começou a aplicar reiki, a participante P#4 cita:

“(...) para enfrentar melhor o que está a acontecer.” – P#4

Através do discurso das participantes, sugere-se que o Reiki é um recurso utilizado para superar o processo difícil da doença.

A força de vontade ou o “espírito de luta” é referenciado na literatura, como uma forma de ocorrência de E.P, na implementação de estratégias de superação relativamente aos tratamentos e aos cuidados, causadas pelo medo do desconhecido (Bulsara et al., 2004).

Sub – tema 1.3: **Responsabilidade pessoal**

Ao assumirem o controlo sobre a doença, a maioria das participantes (três delas) assumiram a responsabilidade pessoal perante as suas vidas, a condição à qual se encontram e o que o futuro lhes reserva. Esta ideia, não está presente na literatura, porém,

considerámos pertinente abordá-la. Uma vez que este tema teve uma prevalente ocorrência nas entrevistas.

Para a participante P#3, assumir a responsabilidade pessoal foi um processo conseguido através da experiência da doença, transformando-a numa oportunidade desafiante ao invés de se deixar vitimizar por ela. Tendo em consideração de que a seguinte citação foi dada no seguimento da primeira pergunta do Guião, sugerindo o tema da responsabilidade pessoal como um significado de E.P:

“(..).eu nem vi bem o tumor como uma doença, vi-o mais como uma condição de que eu poderia, de certa forma, ser responsável por isso, não na perspectiva de culpa, mas sim na perspectiva de responsabilidade pessoal. Eu não via doença como doença, vi-a como um grande desafio. Eu é que “mandava” na doença, não era a doença que “mandava” em mim. Eu tinha autoridade sobre ela e dizia «se vais sair daí, então sai». “(..) e que seria só mais um desafio que eu ia ultrapassar.”

O significado de E.P, para a participante P#4, passa por aceitar a doença tal como ela é. Fomentando poder, controlo, na medida em que assumiu a responsabilidade pessoal para lidar com ela e ultrapassar:

“E isso (a aceitação da doença) depois deu-me poder, ao longo das várias situações em si, ao compreender o que eu poderia fazer para lidar com ela e ultrapassá-la.” – P#4

A ideia de responsabilidade pessoal, para a participante P#4 é, igualmente, assumir que as emoções que reprimia e não expressava, possivelmente deram origem à doença. A partir do momento em que teve consciência desse aspecto assegurou a sua responsabilidade, da seguinte forma:

“(..).e as minhas emoções também deram origem à minha doença, na medida em que, eu reprimia muitas emoções, eu punha sempre os outros em primeiro lugar e tinha que acreditar em mim.”

O reiki, por sua vez, também leva ao entendimento da responsabilidade pessoal sobre a doença, pois promove a autonomia e a auto – recuperação, no caso da participante P#3. O que sugere, novamente, a técnica reiki como um processo de *empowering*:

“(..). o Reiki dá-nos um entendimento de que temos capacidade de nos ajudarmos e que não precisamos de procurar alguém, de certa forma, além da força, promove uma autonomia. Na verdade, a recuperação está dentro de nós.” – P#3

Sub – tema 1.4. **Diminuição do stress físico e psicológico:**

É consensual, entre todas as participantes, um aumento do sentimento de E.P associado ao alívio do *stress* dos sintomas físicos, psicológicos e emocionais causados pela doença e pelos efeitos nefastos dos tratamentos convencionais. O aumento de E.P sentido pelas participantes entrevistadas está associado à sua prática de Reiki. As citações seguintes das participantes P#1 e P#3 referem-se à questão presente no Guião relativamente “*porque começou a aplicar o tratamento Reiki?*”

“(...)Porque me falaram deste tratamento, como uma forma de acalmar a dor psicológica, física (...)Não só acalma psicologicamente (...)”- P#1

“Comecei a aplicar, porque, para já, sentia um grande alívio local e gradualmente isso permitia-me um relaxamento, calma interior, tranquilidade (...)” – P#4

Relativamente aos benefícios do reiki percebidos pelas participantes P#1, P#5, os discursos incidem na melhoria da qualidade de vida, na atenuação da dor física, efeito recuperativo, relaxamento, tranquilidade, equilíbrio, auto – estima e paz interior:

“Na medida em que exerce sobre nós um efeito recuperativo, É muito relaxante: a energia das mãos, a música e toda aquela sessão. Tenho amigos que quando têm algum problema (...)dizem que vão ao Reiki (...) e saem de lá muito melhor; muito mais tranquilos, calmos e seguros! E eu sinto isso, mas também com efeitos físicos importantes. O Reiki tem essa vantagem de acalmar sem eu ter que verbalizar nada(...) e fisicamente atenua a dor, acalma o coração.” – P#1

“Fisicamente, tenho melhor qualidade de vida, sono repousado; melhor qualidade respiratória; melhor consciência corporal...alinhamento dos chakras; também maior equilíbrio alimentar; equilíbrio físico; alívio da dor, etc. Mentalmente fiquei com mais calma; harmonia; auto disciplina; melhor auto estima; paz interior e alívio do stress.” – P#5

Várias foram também as experiências de reiki no processo de recuperação da doença, relatadas pelas participantes deste estudo. Nomeadamente a P#3, que decidiu apenas recorrer ao tratamento complementar reiki, relata efeitos físicos bastante visíveis, bem como na libertação da tensão física e na redução da ansiedade:

“(...) e desde que tenho feito o tratamento de Reiki até aos dias de hoje: já perdi peso (de 10 kg aumentados perdi 6kg), já recuperei a cor da pele e o cabelo está mais forte.” – P#3

Do mesmo modo que as participantes P#4 e P#5, acrescentam que o processo de recuperação associado ao reiki, foi ao nível da atenuação dos efeitos secundários dos tratamentos convencionais da doença e através de efeitos físicos bem visíveis:

“E depois dá-me também um relaxamento muito grande e, ao mesmo tempo, um alívio directamente na dor que faz-me controlar a doença. Que muitas vezes ao nível das dores fortes é um alívio gradual, não é imediatamente após a aplicação de Reiki. Quando são dores mais ligeiras, o alívio é instantâneo. Mas eu sei que tem a ver com a parte emocional, esta parte é muito importante para o alívio da dor física.” – P#4

Nos últimos oito tratamentos eu fiz trinta e três sessões de Radioterapia convergida para o núcleo específico onde os médicos acreditavam estar localizado o tumor. Criei uma cicatriz enorme, com a pele sempre inflamada que originou uma necrose. Colocava vários cremes e não resolviam. Então o que acontece é que como houve uma maior convergência de energia Reiki para essa área, passados dois meses de tratamento, depois de eu ter aceiteado a situação e com a ajuda de outros Praticantes de reiki, a ferida, pura e simplesmente, sarou – P#4

“Experiência muito enriquecedora mesmo, a vários níveis: físico, psicológico e emocional (...)os efeitos secundários da doença foram menos visíveis: menos vômitos; menos alterações de humor; maior capacidade e resistência física” – P#5

Estas citações retiradas do discurso das participantes entrevistadas estão ancoradas com o que a literatura, presente na revisão teórica, nos diz. Vários estudos suportam estes resultados benéficos que o reiki traz aos seus utilizadores (Cardoso, 2012; Quest, 2012; De’ Carli, 2006; Petter, 1999; Lubeck, 2002; Miles & True, 2003; Miles, 2007; Olson & Hanson, 1997; Olson et al., 2003; Tsang et al., 2007; Baldwin et al., 2008; Richeson et al., 2010, Muela et al., 2010).

Tema 2: Transformação de Pensamentos

A mudança de paradigma e de atitudes face à doença ocorreu para a maioria das participantes. Esse processo de transformação de pensamentos foi facilitado pela prática de reiki, através dos amigos e do Praticante de reiki.

“(...) para conseguirmos pensar num dia de cada vez.”- P#2

“Os amigos (...) também me ajudaram a ser mais positiva e confiante ao olhar para a vida de outra forma e encarar a doença como algo passageiro.” – P#3

“Compreendi nessa altura por mim mesma, mas com a ajuda do meu Mestre, que eu poderia modificar os meus pensamentos” “Adquirimos uma filosofia e uma atitude perante a vida, de mudança de pensamentos que começamos a procurar dentro de nós.” – P#4

No caso da participante P#2, esta decidiu recorrer ao tratamento complementar reiki, para reduzir a ansiedade e, por isso, pensar um dia de cada vez. Uma das funções do reiki é limpar a mente, dar serenidade e tranquilidade (Lubeck, 2002; Petter, 1999; Muela et al., 2010) Para a participante P#3 o apoio dos amigos e o seu incentivo ajudaram-na a encarar a vida de uma forma mais positiva e confiante e por conseguinte, passou a doença

como uma experiência transitória. Já no caso da participante P#4, esse apoio e incentivos foram transmitidos pelo seu Praticante de reiki, que fez alterar a sua atitude perante a vida.

Quando os participantes percebem que não podem mudar a situação, eles entendem que ainda têm a escolha de mudar como percebem as situações e os pensamentos. Neste processo de transformação de pensamentos, os participantes tornam-se focados na superação (Mok et al., 2004).

Sub-tema 2.1: **Pensamento Positivo**

Quanto ao pensamento positivo inerente à transformação de pensamentos, todas as participantes, através das suas entrevistas, denotam uma importância de manter uma atitude mental positiva no decurso da sua experiência. As citações referentes ao pensamento positivo associam-se todas à experiência de reiki e o porquê do recurso à sua aplicação. É consensual a atitude mental de encarar a vida de uma forma mais otimista e positiva. A participante P#1 relata a aquisição do pensamento positivo através da sua experiência com o reiki, a participante P#2 refere um dos motivos que a levou a recorrer ao reiki e a participante P#3 afirma que a transformação para pensamentos positivos deu-se pela experiência de meditação, associada ao auto – reiki:

“Ao pensar positivo, estamos a atrair uma realidade diferente, em que pensamos que as pessoas gostam de nós, que somos importantes para elas” – P#1

“(...) Dá-nos motivação, pensamento positivo e quando começamos a dominar pela positiva a nossa mente e os nossos pensamentos, isso ajuda-nos bastante(...)” – P#2

“A meditação (...) Ajuda a transformar aquilo que estamos a pensar negativamente no momento, para encontrar o lado positivo da doença.” “(...) porque quando nos auto – tratamos já se dá uma transformação do pensamento no sentido positivo” – P#3

Tal como refere Cardoso (2012), acerca dos benefícios do Reiki, transformar os pensamentos e aprender a pensar de modo positivo é fundamental para encontrarmos o nosso equilíbrio interior e por conseguinte, o nosso equilíbrio geral.

As participantes aumentaram o seu E.P por terem começado a pensar positivo, processo facilitado pelo reiki. Ao começarem a pensar positivo atraíram uma realidade também ela diferente.

Sub-tema 2.2: **Esperança**

A esperança é um domínio frequentemente associada ao aumento de E.P no que se refere à literatura existente neste contexto. É outra área que dá significado à vida dos indivíduos com experiência oncológica, ter esperança num “amanhã melhor”, sendo que a falta dela representa ausência de *empowerment* (Mok, 1998; Mok et al., 2004).

A ideia de esperança, neste contexto, está associada também à ideia de confiança (sub-tema 2.5). Por exemplo, a esperança para as participantes P#1 e P#3, é facilitada pelo incentivo e a confiança incentivada pelos membros da família/cônjuge (P#1):

“(...)a não perder a esperança e acreditar que o dia de amanhã seria sempre melhor que o presente, ou seja, que as coisas iriam-se resolver” – P#1

A ideia de esperança, também ocorreu através da experiência na técnica reiki. Podemos observar, no caso das participantes (P#1, P#3). Esperava-se que os profissionais de saúde, especificamente os médicos, pudessem estimular a “confiança” aos seus utentes, com palavras motivadoras, no entanto de acordo com os discursos (P#3), isso não sucedeu:

“(...) para mim (o reiki) foi como se fosse uma luz ao fundo do túnel. Quando os médicos dizem “tens três anos de vida”, o Reiki faz-me dizer “não, tu tens uma vida pela frente”(...)“Posso dizer que para além do sentimento de esperança, eu olho para o Reiki com carinho” – P#3

Como verificado, as participantes aumentaram o seu E.P na experiência de doença, pela atitude mental de esperança no futuro, facilitada pela prática de reiki e pelo incentivo familiar. As palavras de incentivo que lhes são proferidas, quer pela família, quer até pelos médicos, afectam a percepção que o individuo tem acerca da doença e a sua força para lutar (Mok et al., 2004). É mais difícil para a pessoa com experiência oncológica obter esperança e enfrentar os tratamentos convencionais, se lhes disserem que o seu cancro é incurável (Mok, 1998).

Sub-tema 2.3: **Aceitação da doença**

A aceitação da doença, enquanto componente de E.P, é dos temas mais centrais, reportada na pouca literatura existente no contexto de doença oncológica, porém numa perspectiva de “aceitar o inalterável” (Mok, 1998). Aceitar a realidade da doença, para as participantes, é facilitada por processos de tomada de decisão, pela experiência no reiki e

meditação, e pelo suporte da família e dos amigos. Contribuindo para um aumento do E.P no processo de doença.

Três participantes aceitaram os desafios que a doença implica, sendo que a P#4 atribuiu o significado de E.P ao processo de aceitação da doença:

“(...) No momento em que eu aceitei a doença, entendi o que ela me fazia sentir e até que ponto o que me poderia ter provocado a doença (...)” – P#4

A participante P#3 depois de reflectir acerca dos tratamentos a recorrer, que não seriam os convencionais, aceitou a realidade da doença:

“(...) Pronto, e então depois de reflectir, aceitei a doença como ela era.” – P#3

Relativamente à experiência de meditação, o processo de aceitação da doença é mais fácil de ser adquirido, pois esta tem influência sobre os pensamentos. No caso da participante P#3:

“(...) porque quem faz meditação no processo de doença consegue controlar e aceitar melhor a doença, uma vez que ela influencia os pensamentos.- P#3

No que concerne à experiência de reiki, facilitador do processo de aceitação da doença, na participante P#3, esta refere no seu discurso não existir arrependimento algum, por ter optado apenas pelo reiki em detrimento dos tratamentos convencionais.

“(...) olhando para trás o Reiki deu-me a oportunidade pensar na doença de outra forma (...)” – P#3

No que toca às participantes P#3 e P#5, o incentivo e apoio prestados pela família e amigos foram cruciais para facilitar o processo de aceitação da doença:

(A família): “Disseram-me para não deixar levar pela doença (...)”- P#3

(A família)“(...) O facto de me sentir amada e querida ajuda-me a aceitar este momento e até a vivenciá-lo como um momento que sendo menos feliz traz-me algumas coisas boas”-P#5

(Os amigos) “(...)Eles dão-me colo e força isso permite-me aceitar a doença e vivenciá-la de forma completamente diferente.” – P#5

Como verificado, o aumento de E.P está associado à aceitação da doença, que por sua vez é facilitada pela prática de reiki.

Sub-tema: 2.4: **Auto – estima**

A maioria das participantes considerou a percepção positiva da sua imagem corporal, como sendo importante no aumento do sentimento de E.P. Esta ideia não consta da literatura nesta área, porém considera-se um aspecto a considerar.

As participantes P#2 e P#3, por serem mais novas comparativamente às restantes (27 e 30 anos), demonstraram dar mais importância ao aspecto físico, como verificámos através do seu discurso. Pressupõe-se, dessa forma, que quanto mais cedo se tem uma doença oncológica, maior a preocupação pela imagem corporal.

A “auto estima” para as quatro participantes que a mencionaram, está associada ao reiki, à família/ cônjuge e ao lazer.

Para a participante P#2 os passeios que deu com o cônjuge e as idas ao *shopping* com a sua mãe, no decorrer da doença, aumentaram a sua auto - estima:

(Os passeios e as idas ao shopping) “(...) e isso tudo reforçava-me muito a auto – estima (...)” – P#2

Para as participantes P#3 e a P#5, o reiki, enquanto tratamento complementar no processo de doença, facilitou a percepção de auto – estima, dando a oportunidade de aceitar e/ou recuperar a sua imagem corporal:

“(...)aceitar o meu corpo de outra forma(...)dizendo a mim mesma “se tens uma doença, tu precisas de afecto e de atenção”, e é isso que o Reiki nos traz, é uma inter – ajuda a nós próprios”- P#3

“(...) auto – estima; melhor e mais rápida recuperação entre os ciclos de tratamento convencional”- P#5

No caso da P#4, refere que começou a aplicar reiki para adquirir mais auto estima, dando mais valor aos sinais que o seu corpo lhe dava:

“(...) Eu antes (do reiki) dava muito pouco valor ao meu corpo, aos sinais, aos alertas, enfim, achava que o corpo tinha de acompanhar o nosso ritmo acelerado” – P#4

Tal como verifica-se, o aumento de E.P está associado à percepção de auto-estima que é auxiliada pela técnica reiki, pois esta proporciona uma maior consciência corporal.

Sub-tema 2.5: **Confiança**

A confiança pressupõe um optimismo inerente face à doença e não só. É uma ideia que corrobora com as existentes na literatura (Mok, 1998; Chang et al., 2004). Quando as pessoas que passam por esta experiência, começam a ter confiança para encarar a situação da doença, elas ficam aptas para lutar contra o sofrimento (Chang et al., 2004)

No caso das participantes (P#1, P#2, P#4), a confiança refere-se essencialmente à fé espiritual que já possuíam, aos tratamentos no reiki, aos médicos, aos praticantes de reiki e à informação sobre os diferentes métodos de tratamento, que foram adquirindo ao longo do processo.

“(...) e mais do que isso, o confiar e entregar a Deus.” – P#1

(Nos médicos) *“A confiança neles é importante, o saber que eles também vivem esse problema ao nosso lado e que querem igualmente o nosso bem – estar, a nossa recuperação.”*

(Nos Praticantes de reiki) *“(...) e a nós isso também traz alguma confiança, no sentido de saber que eles sabem o que estão a fazer e por conseguinte, confiança na recuperação.” – P#1*

(No reiki) *“Primeiro porque psicologicamente seja isto efeito placebo ou não, o certo é que funciona (...)” – P#2*

(Na informação adquirida) *“vejo muitas vantagens na procura de informação (...) Dá-nos confiança” – P#4*

Constata-se que o aumento de E.P é influenciado pela confiança geral que as participantes têm sobre os recursos e que, em geral, o grau de confiança depende das informações que foram adquirindo ao longo da experiência.

Tema 3- Crescimento Espiritual

O “crescimento espiritual” é uma dimensão pouco estudada na literatura, no entanto vários estudos mencionam a importância de um sentido transcendente na vida dos indivíduos que enfrentam doenças físicas, através do aspecto da “fé”, seja ela religiosa ou não (Wong - McDonald, 2007; Mok, 1998; Laszlo & Dennis, 2012). Considerou-se esta ideia para este estudo, uma vez que as três participantes (P#1, P#4, P#5) referiram a vivência da sua fé, na superação das dificuldades da doença. Este processo de crescimento interno está inerente à fé, que a maioria já detinha, e à sua prática regular de reiki, considerado como um dos muitos benefícios desta técnica ancestral.

“Eu como sou uma pessoa de fé, sem ser religiosa, estou a aprender a pôr em prática a vivência dessa fé (...) Portanto, o que me motiva mais, de certa forma, é a espiritualidade, sem dúvida”. – P#1

“Se já foi uma experiência interior muito forte e espiritual para mim quando recebi (...) porque o Reiki faz despertar individualmente forças e poderes dentro de nós, espirituais, que depois cada um pode relacionar da forma espiritual que entender.” – P#4

“(...) Mas também tenho uma maior capacidade de gerir as dificuldades... parece que tenho outra forma de encarar a vida e depois um sentimento de gratidão permanente (...)” – P#5

Ao verificarmos estas citações, podemos considerar que o crescimento espiritual para estas participantes e a forma como o colocam em prática (“gratidão” por ex.) é, em grande medida, facilitado pela prática de reiki. Por conseguinte, faz despertar forças e poderes individuais, aumentando assim o sentimento de E.P. Quando uma pessoa em *recovery* começa a conceptualizar os vários aspectos da sua vida, inerentes à espiritualidade, ela encontra uma nova orientação, motivação e direcção para a sua vida (Wong – McDonald, 2007).

Sub-tema 3.1: **Transformação interior**

A mudança interior positiva, sob o ponto de vista emocional foi sentida pela maioria das participantes (P#2, P#4, P#5). Esse processo de aprendizagem e auto - conhecimento foi auxiliado pela prática de reiki, pelos grupos de reiki (“GAR”) e pela própria vivência da doença.

Os estudos com enfoque nesta área não sugerem esta ideia, no entanto revela-se pertinente, como podemos constatar.

(Reiki) “(...)Com muita tranquilidade, muita assertividade e tem-me ajudado a crescer como pessoa.”- P#2

(Reiki e GAR) “Foi um processo muito mental e emocional de auto – conhecimento no qual o Reiki também me proporcionou isso, através de um grupo de Reiki” “(...)O Reiki despoletou muitas forças interiores que eu sabia que tinha em mim e outras que vim a descobrir.” – P#4

“A doença, ou a consciência dela...trouxe-me uma, ainda, maior consciência da necessidade de alterar a minha percepção da vida (...)” (Sobre reiki) “(...)Entendo agora que cada experiência, por mais difícil que possa parecer aos nossos olhos, é uma oportunidade única de transformação pessoal (...)” – P#5

A ideia de transformação interior remete para um processo de desenvolvimento pessoal, na medida em que, no caso da participante P#4, a prática de reiki também veio fortalecer os recursos internos que já existiam, mas que esta desconhecia. Essa transformação pessoal, para a participante P#5, levou-a a adquirir uma nova percepção de vida e que os desafios suscitados pela doença, na verdade é uma oportunidade única de aprendizagem.

Sub-tema 3.2: **Harmonia**

A harmonia é o tema que se refere a um estado de espírito de plenitude e tranquilidade perante o processo de doença.

É uma ideia que está em concordância com alguma literatura desta área (Mok et al., 2004) e é consensual nos discursos, pois todas as participantes a mencionaram.

“(...)Sinto-me emocionalmente também muito mais tranquila, calma, em paz, liberta, resiliente” – P#1

“(...) sendo que o Reiki faz isso: ele limpa a mente, dá-nos serenidade, tranquilidade, para conseguirmos viver e pensar num dia de cada vez”. – P#2

“(...)Faz com que vivamos mais o presente, num dia de cada vez. Não vivendo na ansiedade do futuro e na tristeza do passado .” – P#3

A harmonia para as participantes do estudo P#1, P#2, P#3 é um estado de tranquilidade e paz interior, graças ao que sentiram com a experiência de reiki. É de realçar, que quem pratica auto – reiki, invariavelmente, adopta os 5 princípios do reiki na sua vida quotidiana, o que requer alguma disciplina mental e emocional. A primeira expressão “Só por hoje” é o aspecto mais importante dos princípios, pois alude para a importância de vivermos no momento presente, *aqui e agora*, único momento que podemos controlar (Quest, 2012).

(Lazer e família) “ Dessa forma escolbi viver o momento presente da forma mais equilibrada e saudável possível, o presente que é tudo o que temos agora” – P#5

No caso da participante P#5 a harmonia é sentida pela ideia de “lazer”, pois na sua entrevista refere que viver o presente é disfrutar de si mesma e da família.

Sub-tema: 3.3: **Atribuição de significado e propósito à vida**

Este tema integra aspectos que estão intimamente relacionados com a espiritualidade, cujos discursos das participantes só vêm confirmar isso mesmo. O estudo de Mok (1998) enfatiza este aspecto como sendo relevante para a construção de uma realidade empoderadora na experiência de doença oncológica, numa óptica do recurso à religião que atribui significado e propósito de vida.

A maioria das participantes (P#1, P#4, P#5) conferiu a este tema uma influência no aumento de E.P sentido, aquando das suas experiências ligadas ao reiki, meditação e aos GAR. Para a P#1 o E.P, no contexto da doença, também significa dar um significado à sua vida.

(Significado de E.P) “(...) a pessoa tentar formar-se, perceber a sua história de vida, o percurso que a levou até aqui, o contexto possível e imaginário da situação da doença”- (Espiritualidade) “A espiritualidade promove forças principalmente por acreditarmos em “algo”, e o saber “ouvir” a nossa fé, pois esta não vem por acaso.” – P#1

(Reiki + GAR + meditação) “(...)que me ajudou nesse processo de ir ao meu encontro e ouvir as respostas dentro de mim” – P#4

Atribuir um significado e propósito às suas vidas está associado a um processo de auto conhecimento. Este tema é também facilitado pela aceitação da doença, tal como refere a P#5:

“(...)A forma como encaro a vida, de forma empoderadora, permite-me entender a doença como uma forma de evoluir e de aprender.” (Reiki) “(...)acredito que em tudo há um propósito na vida”- P#5

Este sub-tema 3.3 é consistente com a perspectiva de Frankl (1985) no processo diário de procura de significado de vida, ao mencionar que a noção de sentido é possível, independentemente das restrições e das circunstâncias mais extremas, para as pessoas que escolhem a atitude de enfrentar o seu futuro.

Tema4: **Aquisição de Conhecimentos e Skills**

É o tema que se encontra circunscrito na dimensão interaccional, referindo-se à capacidade de analisar e perceber os recursos disponíveis no ambiente social e a forma como se faz a utilização das ferramentas para alcançar os recursos necessários. A informação e o conhecimento aumentam o sentimento de estar sob controlo (Rappaport, 1984 citado por Stang e Mittelmark, 2008). Os estudos são congruentes quanto a esta dimensão, tal como relatado na revisão. Nos estudos de Mok (1998) e Mok et al., (2004) informação passa pela procura acerca da doença, dos métodos de tratamento, das CAM's e a alimentação e isso confere-lhes maestria sobre a doença (*Anexo A*). No presente estudo, a maioria das participantes (P#1, P#3, P#4) à excepção das participantes P#2 e P#5, valorizaram este recurso como sendo um aspecto crucial para os processos de *empowerment*. “Não me entregar à doença, o não me sentir vítima e o tentar acima de todas as coisas perceber e informar-me (...) Informação para mim é poder, e isso faz com que as minhas escolhas sejam mais conscientes, autónomas” – P#1

No caso da P#4 o *empowerment* significa obter informação sobre a doença, pois considera ser um poderoso recurso para alcançar escolhas mais autónomas e conscientes.

“(...)vejo muitas vantagens na procura de informação: dá-nos poder, na medida em que a pessoa passa a saber aquilo com que pode contar(...)“No meu lado racional, também é importante compreender a que nível o Reiki actua, que é difícil de explicar, porque estamos a trabalhar com energias muito subtis (...)” – P#4

Para a participante P#4, o conhecimento é procurar saber mais acerca do reiki e de que forma este actua.

Sub-tema 4.1: **Informação dos diferentes métodos de tratamento**

Todas as participantes entrevistadas reconhecem a importância que a informação teve em algum período da sua vida, aquando do processo de doença. Contudo, as participantes (P#2 e P#5) relataram não ter tido interesse na procura da mesma.

A informação dos diferentes tratamentos leva à realização de escolhas mais informadas sobre os tratamentos.

“(...)Sim, mais na fase inicial procurava obter informações não só sobre a doença, como sobre os vários tipos de tratamentos” – P#1

“(...)e por isso nunca deixo de procurar saber mais acerca dos métodos de tratamento complementares, tendo um especial interesse pela Homeopatia, Acupunctura, Shiatsu, Tai – chi e, claro, meditação associada ao Reiki.” – P#3

“Sim na altura foi crucial ter alguém que me desse essas informações (...)” – P#4

No caso da participante P#4 ter alguém da família (no caso a irmã) que lhe providenciasse informações sobre os diferentes tratamentos, nomeadamente o acesso ao reiki, teve um impacto forte no aumento do seu E.P.

Sub-tema 4.2: **Ferramentas de Auto – Ajuda**

Esta ideia refere-se ao uso das ferramentas de auto - ajuda que adquiriram através dos conhecimentos, informações e skills, para fazer frente à doença. Não consta directamente da literatura, contudo relaciona-se com a aquisição de conhecimentos e informações.

É unânime, todas as participantes (P#1, P#2, P#3, P#4 e a P#5) terem mencionado utilizar ferramentas para alcançar os recursos de que necessitaram, para superar a doença. As ferramentas que as participantes às quais se referem são: a procura

pelo auto – conhecimento; frequência nos grupos GAM e GAR; aplicação do auto – reiki e a procura de informação.

(GAR) *“Eu há dois anos já tinha o curso de nível 1. Acabei por praticar mas depois deixar, e assim que me surgiu a doença, lembrei-me que tinha, de facto, uma ferramenta importante para me auto – ajudar (...) fiz tratamentos com eles, participei em workshops e isso ajudou-me bastante nesta fase da minha vida (...)”*. – P#2

“(...) já tinha feito as iniciações e então sabia que podia aplicar a mim própria, ou então recorrer a alguém que me fizesse.”(...) *“Já conhecia as vantagens do tratamento de Reiki e também aplicava a utentes meus da minha área”*. – P#3

“(...) e incumbe-nos de determinadas ferramentas para enfrentarmos o problema (...) ter comigo essa ferramenta no processo, foi para mim uma mais valia que não tem preço (...) logo eu sei que se não tivesse tido esta ferramenta seria muito mais difícil para mim suportar”. – P#4

Em relação às participantes P#2, P#3 e P#5, estas mencionaram que já tinham a ferramenta de auto – reiki com elas, isto é, já tinham os cursos de iniciação. No caso das participantes P#1 e P#4, adquiriram esse recurso, após terem sabido do diagnóstico da doença. Sendo que a P#4 adquiriu através da irmã que lhe aplicava antes. Quanto à participante P#2, que já tinha o curso, a participação activa nos “GAR” foi um recurso de auto – ajuda e um reforço ao uso dessa ferramenta.

Tema 5: Redes de Apoio

As Redes de Apoio são todas as pessoas que têm significado na vida das participantes, conferem suporte e acompanhamento afectivo em toda a vivência da doença.

As tomadas de decisão sobre os vários domínios da doença são influenciadas pelas pessoas das suas redes sociais. Estes resultados corroboram com os do estudo de Öhlén et al. (2006) que, para além disso, também sugere que os indivíduos com uma rede social ampla e diversificada têm maior tendência a utilizar tratamentos da CAM.

Sub-tema 5.1. Família / Cónjuge

Várias investigações sobre o E.P para pessoas com doença oncológica, têm demonstrado que os seus membros familiares e os amigos são importantes fontes de informação e têm bastante influência nas tomadas de decisão. A literatura diz-nos que o envolvimento das famílias é um processo que se manifesta de diferentes formas, tendo-se verificado que esse envolvimento difere de família para família (Öhlén et al., 2006; Bulsara

et al., 2004; Stang & Mittelmark, 2010; Mok et al., 2004; Mok, 2001;) Para as participantes do nosso estudo, a família e o seu cônjuge ocupam o primeiro lugar no suporte social e nos resultados de E.P, através do acompanhamento prestado, pelas informações dos diferentes métodos de tratamento recebidos, pelas actividades de lazer e, por conseguinte, estes factores promovem um aumento no sentimento de E.P.

“(...)a minha família de origem – o meu pai, o meu tio- que são pessoas que sempre me disseram para não ter medo, para ir em frente, nunca me deixaram, digamos, “cair” e “entregar-me” à doença. Por outro lado, a minha segunda família, designadamente – o meu marido e as minhas filhas. As minhas filhas que sempre me encorajaram a lutar, a vencer” “As minhas filhas também me ajudaram nesse processo de procura (tratamentos), o que foi extremamente importante (...)”– P#1

(Lazer)“(...)Tenho a minha mãe que não vive cá e mudou-se praticamente para a minha casa, de quinze em quinze dias, nas vésperas dos exames e dos tratamentos de quimioterapia. Foi um pilar muito importante, ela é que me motivava, é que pegava em mim e íamos para o shopping passear e comprava-me roupa, lenços; fazia-me comida que eu gostava e fazia-me tudo. Depois tenho o meu namorado, em que eu apesar de estar sem cabelo, elogiava-me sempre e dizia-me “és a mais linda, a mais bonita”. Ele pegava em mim e íamos passear e fizemos alguns passeios muito bons” – P#2

(Informação reiki) “Várias pessoas da minha família, o meu marido em primeiro lugar, ele está comigo totalmente e partilha todo o processo comigo. Esteve sempre comigo em todos os tratamentos, cada consulta, cada espera, chegou a ficar comigo catorze horas no Hospital. Dia e noite comigo, sobretudo de noite em que foram tantas noites mal dormidas, às vezes só a presença dele era suficiente (...) Tive também o apoio do meu filho, apoio esse incondicional. Ao nível de uma irmã, que me apoiou muito também, inclusivamente, ela transmitia-me Reiki.” “(...)A minha irmã na altura indicou-me o Centro, onde se insere esse grupo (GAR) (...)”- P#4

Todas as participantes entrevistadas consideraram os seus cônjuges, como elementos pertencentes à ideia de “família”. A P#1 teve muito apoio da família de origem, que não reside em Portugal, bem como da família (marido e filhas) que constituiu cá.

Auxilíriam-na com informação, são o grande pilar de motivação para a superação e o facto de estarem todos juntos nessa “luta” confere-lhe uma maior responsabilidade e compromisso perante eles. Os resultados de Mok (2001) mostram isso precisamente: o estarem conectados à família, dá-lhes responsabilidade e compromisso, o que lhes confere também significado à vida.

Sub-tema 5.2. **Amigos**

Os amigos também detiveram influência no sentimento de E.P percebido por todas as entrevistadas. Os amigos das participantes constituem-se num importante elo de ligação ao nível do apoio emocional durante o processo de doença. O suporte emocional fornecido pelos amigos é prestado através da confiança que depositam nas participantes, na palavras de força para não desistirem, no lazer e no acompanhamento. Como podemos constatar:

“Os meus amigos também aumentam o meu sentimento de poder, quando confiam em mim. Quando me dizem: “tu vais ser capaz!”, “Tu vais vencer!”, “Tu és forte!”. Pronto, estas palavras também me trazem poder (...)” – P#1

(Lazer) “(...)e depois tenho os meus amigos que pegavam em mim e íamos beber um copo, íamos passear “aqui e acolá”, levavam-me coisas para eu fazer em casa, ainda, outra amiga minha que me fazia as unhas, arranjava-me as sobancelhas e, pronto, isso acabou por ajudar muito, dando-me força.” – P#2

“Tive muitos amigos que me apoiaram, mandavam-me mensagens, ligavam-me e estavam realmente envolvidas nesse processo. Eu sentia uma espécie de rede, em que um amigo estava ligado a outro e sucessivamente e isso dava-me uma força enorme.” – P#4

“Os meus amigos nunca me abandonaram, nunca me deixaram ficar sozinha, estão ali, desde o início comigo. Eles dão-me colo e força (...)” P#5

Sub-tema 5.3 **Profissionais de saúde**

Tal como refere o estudo de Chang et al (2004), além do suporte das famílias e dos amigos, os **profissionais de saúde foram** identificados como sendo importantes recursos no processo de *empowerment*, face à superação da doença. O carinho, a simpatia demonstrada, a atenção disponibilizada e a comunicação de informação, são características dos profissionais de saúde, que o estudo indica, serem empoderadoras para os indivíduos.

Todas as participantes referiram ter-se sentido *empowered* pelos profissionais de saúde em algum momento da sua experiência de doença. Obtiveram essa rede de apoio, facilitada pelos médicos (P#5), enfermeiros (P#2, P#3, P#4) e pelos Praticantes de reiki (P#1). Os Praticantes de reiki pertencem à ideia de “profissionais de saúde”, pois estes foram percebidos dessa forma nos discursos das entrevistas.

(Praticante de reiki) “(...)como também traz o lado do acompanhamento pessoal, o saber que tenho um facilitador que está a viver connosco o problema (...) há sempre uma preocupação do mesmo para saber como estou, como passei a semana, onde me dói (...)E esse Praticante quando vai conduzir uma sessão de Reiki, já está preparado, digamos assim, para atender a um órgão mais necessitado (...), o Praticante tem sempre uma sensibilidade de compreender qual o órgão que necessita mais de energia e canaliza as suas mãos para os sítios específicos” ““(...)Uma pessoa quando é acompanhada com Reiki é diferente daquela que não é acompanhada” – P#1

(Enfermeiros) “Fui buscar esse empowerment às minhas colegas enfermeiras que eram de outro serviço e que realmente estavam lá para mim.” – P#2

(Enfermeiros) “Ora bem, na altura não me senti muito apoiada pelos médicos, encontrei o conforto mais nos enfermeiros (...)Encontrei muito esse apoio na parte da enfermagem, uma vez que era a minha área, falando com as colegas, partilhando experiências. “ – P#3

(Enfermeiros) “(...) não recebi muito suporte ao nível dos médicos, recebi sim, sobretudo na área de enfermagem (...)” – P#4

(Médicos) “Os médicos que me acompanham no IPO têm sido fantásticos (...) Contribuem para um aumento de poder, na medida em que eu fico com mais controlo na doença (...)” P#5

As participantes (P#2 e P#3) sentiram-se mais apoiadas pelos enfermeiros, pelo facto de ser a sua área de trabalho e pela constatação de que estes estavam disponíveis para prestar acompanhamento, partilhar informações e experiências. Para as participantes (P#2, P#3 e P#4), o conforto e o acompanhamento não foi encontrado junto dos médicos, já a P#5 encontrou o apoio nos últimos. Possivelmente uma das razões para a maioria das participantes deste estudo, não terem percebido os médicos como facilitadores do seu E.P, poderá explicar-se no que indica o estudo de Öhlén et al. (2006): pelo sentimento de falta de confiança depositada nos médicos, uma vez que não estão a fazer tudo o que está ao seu alcance para ajudar, nem se interessam genuinamente pelas necessidades individuais dos indivíduos.

Tema 6: **Envolvimento Activo**

Este tema encontra-se inserido na dimensão comportamental, referindo-se a todas as acções proactivas levadas a cabo para alcançar, directamente, os resultados pretendidos.

A função que o envolvimento activo desempenha para os indivíduos, ao nível do E.P, é inegável e abrange a implementação de inúmeras estratégias de superação individual, de forma a alcançarem algumas medidas de controlo ou domínio sobre a sua doença (Bulsara et al., 2004). Os indivíduos adquirem consciência de que são responsáveis pela sua recuperação (Chang et al., 2004).

Sub-tema 6.1 **Exercício físico**

Este tema engloba uma das possíveis formas de tratamento complementar, no processo de doença, para as participantes.

Três das cinco participantes (P#2, P#3, P#5) entrevistadas, reportaram ter feito exercício físico, enquanto actividade *empowered*, para aumentarem a sua saúde e bem - estar, superar a doença e aumentar os níveis de E.P.

*“(..)*eu não podia esforçar-me mas fiz bastantes caminhadas(...)” – P#2

“Exercício físico, sobretudo (...) Comecei assim a fazer natação” – P#3

“Faço desporto com alguma regularidade, de acordo com as minhas possibilidades em termos físicos.” – P#5

Ao aumentar a saúde e o bem – estar, através do exercício físico, o E.P das participantes aumenta igualmente, por ser facilitado por este.

Sub-tema 6.2 **Melhoria na alimentação**

O tratamento complementar através da alimentação, é uma ideia que vem constatada no estudo de Mok et al (2004). Neste estudo, duas participantes afirmaram ter alterado para melhor a sua alimentação, enquanto actividade *empowered* que facilitou o aumento do seu E.P.

“Tento ter muito cuidado com a alimentação, pois normalmente doenças como o cancro devem-se ter cuidado com certos alimentos. Até porque na incidência do cancro, 70% tem tudo a ver também com a alimentação que fazemos 20% com causas emocionais e 10% causas desconhecidas. Então, a partir daí comecei a ter muito cuidado com a alimentação primeiro tentar saber qual o meu grupo sanguíneo, quais os alimentos compatíveis com o meu grupo sanguíneo e também com os nossos órgãos. A disciplina na alimentação ajudou (...)” – P#3

*“(..)*alterei para melhor a minha alimentação, tendo deixado, completamente, de comer carne e alguns alimentos processados. Consumindo apenas alimentos biológicos (...)” – P#5

A ideia de melhorar a alimentação para consumir produtos biológicos e naturais, esteve patente no discurso destas participantes, ao acreditarem que reforçaria o seu sistema imunológico, atenuando os efeitos nefastos da quimioterapia (P#5) e, por conseguinte, promovendo a sua recuperação.

Sub-tema 6.3 **Meditação**

A meditação é uma disciplina mental e espiritual que está aberta a qualquer pessoa que esteja disposta a experimentá-la, requerendo disciplina (Quest, 2012). O tema da meditação, associado aos seus benefícios, está presente em alguns estudos mencionados na revisão de literatura, todavia não consta nesta área incidente.

Duas das participantes mencionaram a prática de meditação, enquanto actividade *empowered*, no decorrer das suas entrevistas. Sendo que esta última tem uma influência positiva no controlo dos pensamentos. Esta prática encontra-se presente no tratamento de auto – reiki e nos GAR:

(Reiki)“(...) o Reiki também ajuda-te a meditar, porque ao fazer um auto – tratamento, comesças por meditar ao mesmo tempo.” – P#3

(GAR)“O grupo que referi anteriormente foi muito importante, encontrávamo-nos pontualmente às 6^{as} feiras para meditarmos (...)” – P#4

O reiki, enquanto recurso de E.P, insere-se na prática de meditação, pois como refere Cardoso (2012), *a pessoa ao meditar sobre os princípios, toma consciência da força criadora do seu pensamento e da importância de pensar positivo, diariamente*. Para a P#4 a frequência no grupo de reiki, facilitou esse processo de meditação.

Sub-tema 6.4 **Reiki**

O envolvimento activo em actividades que proporcionam *empowerment*, tratando-se de participantes que praticam reiki, dá-se efectivamente pela sua prática regular. Através dos Praticantes de reiki e do auto – reiki. Quando se efectua um curso de reiki, a pessoa aprende a fazer Reiki a outras pessoas e também a ela própria. A vantagem do auto – reiki consiste em permitir tratar-se de si mesmo, em qualquer contexto, recorrendo apenas às suas mãos (Cardoso, 2012). Utilizar o Reiki para auto – tratamento implica assumir a responsabilidade pela sua própria saúde e bem - estar

Uma participante referiu fazer reiki apenas através de um Praticante, as restantes quatro referiram fazer ambos: auto – reiki e através de um Praticante.

“Através de um terapeuta, apesar de ter a iniciação.” – P#1

“Eu faço ambos. Faço o auto – tratamento e pedi ajuda para que um praticante de Reiki experiente me fizesse a mim.” – P#2

“Ambos! Faço através de um Praticante e também auto – cura.” (...) A partir daí, comecei a aplicar a mim própria” – P#3

“Para mim o auto Reiki é uma forma de avaliar o meu corpo, faz com que eu direcione a minha atenção nele.” – P#4

Sub-tema 6.5. **Lazer**

O Lazer, para as participantes, constitui-se no tema que se caracteriza pelas actividades de tempos livres (individuais ou sociais) que lhes são prazerosas. Não consta da literatura, porém as participantes perceberam este tema como uma actividade *empowered* e, ao mesmo tempo pró activa na luta contra a doença.

As participantes (P#2, P#3 e a P#5) referiram nas suas citações realizar algumas actividades *empowered* de lazer:

“(...)vi muita televisão(...)passeei bastante; ia muitas vezes ao shopping ver roupa (...) fiz workshops de maquilhagem para aprender a maquilhar-me; meti unhas de gel, coisa que nunca pus; ia ao cinema; li muito; acabei por ir ao Hospital que era o meu local de trabalho, pedir formações e trabalhos para fazer em casa e, ajudei o meu chefe a fazer protocolos novos, folhetos para os doentes e ainda fiz formações para me manter distraída. – P#2

(amigos + lazer = EP) “Eles para me empoderar faziam com que eu fosse sair com eles, tomar um café – P#3

“De resto, leio, descanso e vivo feliz com os que mais amo. É desta forma que detenho poder”

(Viver o presente) (...)e dedicar tempo a mim e à minha família” – P#5

Para a P#2, o lazer consiste em actividades *empowered* que fomentem a sua auto – estima, o seu conhecimento e o bem – estar gerais. No caso da P#3 os amigos, enquanto recurso social e afectivo empoderavam-na dessa forma. Para a P#5 o empowerment passa por se dedicar tempo a si mesma e à família, de forma a viver em harmonia, consigo e com os outros.

Tema 7: **GAM & GAR**

Este tema caracteriza-se pela participação activa em grupos comunitários que facilitam o processo de *empowerment*, é o caso dos Grupos de Ajuda Mútua e dos Grupos de Apoio Reiki, definido com a sigla “GAR”, pela autora do estudo. O GAR insere-se na mesma dimensão do GAM, pois a maioria considerou o GAR tão ou mais eficaz no aumento do E.P. A maioria das participantes mencionou participar nos grupos GAM e GAR, excluindo duas participantes (P#3 e P#5).

“(...)E a parte da Psicologia, talvez iria-me focar mais nos grupos de ajuda mútua, do qual também faço parte e considero ser uma boa ajuda.” – P#1

“Participo no grupo de Reiki” – P#2

“Participo, especificamente, num grupo de Reiki, não é um grupo propriamente fechado, é aberto e flexível”- P#4

Quest (2012) aponta para os GAR poderem ser muito benéficos para quem utiliza reiki, na medida em que os utilizadores partilham experiências entre si e com os seus Praticantes. Pelo que têm a oportunidade de aperfeiçoar as suas capacidades num ambiente amistoso e acolhedor, já que são o lugar propício para partilhar tratamentos uns com os outros. O objectivo desses grupos é manter elevado o nível de energia de todos os membros, para que se possam ajudar a crescer, ampliando juntos, a sua energia e percepção

Sub-tema 7.1: **Ajudar os Outros**

A experiência de doença oncológica pode fazer com que as pessoas se sintam aptas para ajudar os outros em semelhante condição (Chang et al., 2004). É o caso da P#4, ao referir que ajudar os outros, contribuía para o aumento do seu sentimento de E.P. Tema facilitado pela permanência nos GAR e o interesse do grupo em ajudarem-se uns aos outros.

(GAR)“(...)Neste contexto de grupo, nós sentimos que o nosso coração coloca a intenção de fazermos bem ao outro, de o ajudarmos. Eu sentia essa força do grupo, de uma forma individual e colectiva, na medida em que, todos tinham interesse em se ajudar uns aos outros, davam palavras de estímulo.”- P#4

Sub-tema 7.2: **Partilhar Experiências**

Através da literatura, são expressos os benefícios em partilhar sentimentos, com o grupo de participantes com doença oncológica (Bulsara et al., 2004; Stang & Mittelmark,

2008). Somente a participante P#1 menciona a partilha de experiências referindo-se aos GAM onde esteve inserida. As duas restantes (P#2 e P#4) referem-se aos “GAR”. Sendo que nem a participante P#3, nem a P#5 participam nos GAM e GAR.

GAM “(...)Até a própria linguagem que nós usamos eles entendem melhor, pois também já passaram por isso (...)Partilhamos experiências, trocamos ideias (...)O falar das coisas e partilhar medos e preocupações, deitar cá para fora, só isso já é um processo de empowerment”. - P#1

GAR “(...)Procurei então a Associação Portuguesa de Reiki, que é um grupo de partilhas e que nos ajuda a dar algum poder sobre a nossa vida (...) A minha participação partiu dessa vontade de partilhar e de encontrar pessoas que me pudessem ajudar. “Vantagem é sairmos de casa e acabarmos por ter reforços positivos nessa partilha e as pessoas que estão lá ajudam-nos muito.” – P#2

GAR “(...)promovendo a partilha do grupo, o Mestre, muitas vezes, promovia essa partilha de energia, com os outros praticantes de Reiki (...) – P#4

Como constatado, os GAM & GAR favorecem um ambiente de conforto, aprendizagem, confiança e segurança, favorecendo o aumento do E.P no processo da doença.

Sub-tema 7.3: **Sentimento de Pertença**

Este tema refere-se ao sentimento de ligação e identificação com a experiência de doença de cada um dos participantes, favorecendo a cumplicidade afectiva e psicológica entre os membros (Smithson et al., 2010). No presente estudo, duas participantes mencionaram o sentimento de pertença relativamente aos GAM e GAR, onde estavam inseridas (P#1 e P#4).

(GAM) “(...) Nos grupos de ajuda mútua nós sentimos que o problema não é apenas nosso, há outras pessoas que também têm o mesmo problema e até maior que o nosso e que estamos no mesmo barco (...) Existe uma cumplicidade, um vínculo muito maior: afectivo e psicológico (...)ficamos assim um bocadinho como família e preocupamo-nos mais uns com os outros (...)Dá um maior sentimento de pertença, identificação...mas ao mesmo tempo também um sentimento de libertação, na medida em que, eu ao estar no grupo, participar nele e fazer vir ao de cima as emoções (as pessoas lá choram, riem, etc.), a sensação que dá é que nós nos libertamos mais! Há uma maior catarse que é feita! (...) – P#1

(GAR) “(...)e o Mestre de Reiki fez a minha integração nesse grupo(...)Eu sentia-me muitas vezes especial” – P#4

Sub-tema 7.4: **Informação**

Uma das estratégias facilitadora do processo de *empowerment*, envolve a aquisição de informação relevante acerca da doença e das opções de tratamentos (Stang & Mittelmark).

Esta ideia, mencionada pelas duas participantes, refere-se à informação disponibilizada no contexto dos GAM e GAR. A informação acerca dos diferentes métodos de tratamento, incluindo a alimentação saudável, etc.

(GAM) “(...)têm informações(...)”- P#1

(GAR) – “(...)Adquiri com eles (Associação Portuguesa de Reiki) muita informação útil e necessária para me ajudar nesta fase da minha vida (...)” – P#2

Como pudemos constatar, os grupos de apoio expandem a recuperação da doença, aliando os mecanismos de *Empowerment* ao conhecimento e o desenvolvimento pessoal e colectivo.

É importante realçar, que todos os recursos / temas principais presentes nos discursos relacionam-se entre si, originando um ciclo de recursos promotores de *Empowerment* Psicológico, provenientes da prática do tratamento complementar Reiki, na maioria dos resultados alcançados.

6. Conclusões gerais

Após a análise e discussão dos resultados quantitativos e qualitativos, entende-se que o presente estudo vem acrescentar algumas dimensões, pouco consideradas até então, nos estudos do E.P realizados no contexto de doença oncológica. Este estudo permitiu compreender, através da abordagem qualitativa o percurso de cinco participantes no decorrer das suas vivências na experiência de doença. Nomeadamente uma maior compreensão do seu significado na experiência oncológica e a forma como a técnica Reiki prova constituir-se num recurso promissor, para o aumento dos níveis de E.P.

Todas as estratégias de E.P são importantes para os participantes re - descobrirem as forças e as habilidades que possuem, no controlo face à doença (Mok et al., 2004). Como tal, através dos resultados qualitativos, pudemos observar que os temas encontram-se todos intimamente ligados e relacionados entre si, num processo dinâmico e construtivo. A dinâmica individual é sentida pelo significado do E.P na vivência da doença de cada participante. A dinâmica contextual percebe-se pela oportunidade de adquirir ferramentas e utilizá-las como recursos que favorecem o E.P. A dinâmica relacional influencia o sentimento de pertença e ligação à comunidade onde o participante se insere, adquirindo forças e poderes que advém desta.

Os resultados quantitativos indicam a existência de diferenças significativas entre os 2 grupos para todas as dimensões presentes no estudo de Mok (1998), (t student $p < .05$). O grupo que pratica Reiki obteve os valores médios mais altos para todas as dimensões, relativamente ao grupo sem Reiki. Os dados também revelam que o E.P mais alto da amostra corresponde à dimensão Confiança ($M=4.09$), contrariamente ao mais baixo, correspondente aos *Skills* e Conhecimento ($M=3.43$). É de notar que o grupo que pratica Reiki possui o nível de formação e de E.P mais elevado. Quanto aos resultados das médias dos constructos, pressupõe-se que o grupo que não pratica Reiki tem maiores níveis de E.P associados à confiança nos médicos (ítems correspondentes ao constructo), já o grupo que pratica Reiki detem menos confiança nos médicos. Relativamente aos *Skills* e Conhecimento, é evidente que o grupo que pratica Reiki tem os maiores níveis de E.P, uma vez que procura saber mais informações, estando ciente do seu processo de tomada de decisão.

Estes dados vão ao encontro das entrevistas qualitativas, na medida em que os praticantes de Reiki são influenciados na opção pelo tratamento por determinantes sociais,

culturais e de formação, etc. O nível de formação tem influência na decisão pelo Reiki, o que por sua vez aumenta os níveis de E.P. A autonomia individual é, igualmente, auxiliada através das escolhas dos tratamentos informados acerca da doença.

O processo de tradução do Questionário de *Empowerment* aplicado a este contexto foi útil para aferir os níveis de E.P desta comunidade, comparando os grupos que praticam e não praticam Reiki. O processo seguiu os passos preconizados pela literatura e obteve-se a versão portuguesa, preservando a equivalência semântica, idiomática e conceptual dos itens propostos na versão original.

O guião de entrevista foi uma opção metodológica adequada, mas poderá constituir-se uma mais – valia realizar entrevistas abertas de modo a possibilitar uma participação mais activa e rica de conteúdos, aspecto que pode ter sido limitado pelas entrevistas terem subjacente uma semi – estrutura.

Com esta dissertação, pudemos também compreender a espiritualidade, como um factor relevante para o aumento de E.P. Ao se ter verificado uma predisposição para as pessoas que possuem espiritualidade, recorrerem mais facilmente aos métodos complementares.

Nesse sentido, os profissionais de saúde, dos vários sectores da oncologia devem estar conscientes relativamente às dimensões da espiritualidade a fim de providenciar o tratamento mais adequado, uma vez que a própria espiritualidade transcende as dificuldades decorrentes da doença. Assim como o E.P, quando é facilitado pelo Reiki, origina auto transformação positiva e a mudança de atitude nas relações com os outros e perante a vida (Mok et al., 2004). Da mesma forma que o Reiki, mais do que um tratamento auto aplicado, os praticantes percebem que têm a capacidade de se ajudar a se sentirem melhores e a ter um papel crucial na própria recuperação. Por esse motivo, esta ferramenta de E.P, baseia-se sobretudo num processo de crescimento espiritual e não apenas numa técnica de tratamento.

Dado à dimensão da amostra (N=25), uma das limitações foi não ter sido possível conduzir Análises Factoriais Confirmatórias, nem tampouco validar o Instrumento para a população portuguesa. O facto de não se ter entrevistado elementos do sexo masculino, constitui-se outra limitação. Teria sido útil equilibrar o número de participantes entrevistados quanto ao sexo, de igual forma para todos os participantes que responderam ao Instrumento.

No que concerne a sugestões para estudos futuros, estes resultados reforçam a necessidade de conceptualizar o E.P para este contexto, enquanto processo individual,

social e colectivo. Dever-se-á, igualmente, abordar os efeitos da espiritualidade nos diferentes métodos de tratamento. Dada à não existência, na literatura científica, de uma escala de *empowerment* específica para pessoas com experiência de doença oncológica, considera-se pertinente que futuras investigações implementassem instrumentos de avaliação que tivessem em conta esta dimensão. Assim como, pudessem validar para a população portuguesa, o presente Questionário de Mok (1998), de forma a poder ser representativa da mesma. Seria útil realizar estudos longitudinais de forma a medir os níveis de *empowerment* nas diferentes fases do tratamento e da doença. Diferentes estágios da doença poderão trazer novos dados relevantes e ricos em conteúdo.

Seria, igualmente, interessante validar a formação profissional, na prática do Reiki, ao pessoal dos Hospitais, Clínicas, Centros de Saúde e Organizações de base comunitária, implementando os respectivos suportes de tratamento compreendendo as pessoas e a comunidade como um todo.

As ciências sociais carecem de estudos empíricos que relacionem o E.P aos contextos da doença, nomeadamente os de doença física. Por isso sabemos que as terapias energéticas e as CAM's no geral enfrentam grandes desafios para demonstrar a sua validade na comunidade científica, por não ser fácil de mensurar, só através de resultados práticos e evidentes.

Por isso, o Reiki veio revelar neste estudo, os seus benefícios, promotores de E.P. Transformando positivamente as pessoas que o usam, da mesma forma que a medicina integrativa/complementar pode transformar o sistema que a desafia (Miles, 2007).

Referências Bibliográficas:

- American Cancer Society. (2006). *What are Signs and Symptoms?* Consultado a 5 de Fevereiro de 2013 através de <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/signs-and-symptoms-of-cancer>
- Appelbaum, D., Barret, B., Marchand, L., Maberry, R., Plane, M.B., Scheder, J. et al. (2003). Themes of Holism, Empowerment, Access, and Legitimacy Define Complementary, Alternative, and Integrative Medicine in Relation to Conventional Biomedicine. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(6), 937-947.
- Associação Portuguesa de Reiki – Monte Kurama. (2008a). Reiki cada vez mais usado em doentes com cancro para reduzir efeitos da quimioterapia. (5 de Junho, 2013). *Reiki em Portugal*. Consultado a 21 de Setembro de 2013, através de <http://www.associacaoportuguesadereiki.com/reiki/reiki-em-portugal/2013/06/05/reiki-cada-vez-mais-usado-em-doentes-com-cancro-para-reduzir-efeitos-da-quimioterapia/>
- Associação Portuguesa de Reiki – Monte Kurama. (2008b). Código de Ética para Mestres de Reiki. (19 de Fevereiro, 2012). *Reiki em Portugal*. Consultado a 15 de Maio de 2013, através de <http://www.associacaoportuguesadereiki.com/reiki/reiki-em-portugal/2012/02/19/codigo-de-etica-para-mestres-de-reiki/>
- Associação Portuguesa de Reiki – Monte Kurama. (2008c). *Ser e Viver, Reiki na Oncologia*. Consultado a 15 de Maio de 2013, através de <http://associacaoportuguesadereiki.com/reiki/projectos-de-reiki/ser-e-viver-reiki-na-oncologia.html>
- Baldwin, A. L., Wagers, C., & Schwartz, G.E. (2008). Reiki Improves Heart Rate Homeostasis in Laboratory Rats. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(4), 417-422.
- Banyard, V.L., Miller, K.E. (1998). The Powerful Potential of Qualitative Research for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 26(4), 485 – 505.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25, 3186-3191.
- Becker, D., Edmundo, K., Nunes, N., Bonatto, D., & Souza, R. (2004). Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciências & Saúde Colectiva*, 9(3), 655 – 667.
- Bloom, J. R., Kang, S.H., Romano, D. (1991). *Cancer and stress: Psychological, Biological and coping studies*. NY.
- Bourbeau, L. (2011). *Escuta o teu corpo – O teu melhor amigo* (2ªEd). Lisboa: Editora Pergaminho

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77 - 101
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bulsara, C., Ward, A., & Joske, D. (2004). Haematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies to control illness. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 251 - 258
- Caldas, E. (2010). *Reiki e o Universo* (3ªEd). Porto: Eu edito
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatric*. New York: Basic Books.
- Cardoso, S. (2012). *Psicologia do Reiki: Cinco princípios para a felicidade*. Lisboa: Editora Pergaminho, SA.
- Cassileth, B.R., Deng, G. (2004). Complementary and Alternative Therapies for Cancer. *The Oncologist*, 9, 80 – 89.
- Cassileth, B.R., Deng, G. (2004). Complementary and Alternative Therapies for Cancer. *The Oncologist*, 9, 80 – 89.
- Chalifour, J. (2009) *A Intervenção Terapêutica - Estratégias de intervenção*, (2ªEd). Loures: LUSODIDACTA
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 43 – 46.
- Chandwani, K.D., Ryan, J.L., Peppone, L.J., Janelins, M.M., Sprod, L.K., Devine, K., et al. (2012). Cancer – Related Stress and Complementary and Alternative Medicine: A Review. *Evidence – Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-15.
- Chang, L.C., Li, I.C., Liu, C.H. (2004). A Study of the Empowerment Process for Cancer Patients Using Freire’s Dialogical Interviewing. *Journal of Nursing Research*, 12(1), 41 - 49
- Collinge, W., Wentworth, R., Sabo, S. (2005). Education, Initiatives and Information Resources – Integrating Complementary Therapies into Community Mental Health Practice: An Exploration. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11(3), 569 – 574.
- Cordeiro, M. (2013). Medicinas Alternativas ou Complementares? *Jornal Público Online*. Consultado a 11 de Setembro através de <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/medicinas-alternativas-ou-complementares-1593106>
- Crammer, C., Kaw, C., Gansler, T., & Stein, K.D. (2011). Cancer Survivors’ Spiritual Well – Being and Use of Complementary Methods: A Report from the American Cancer Society’s Studies of Cancer Survivors. *Journal of Religion and Health*, 50 (92).
- D’Oliveira, T. (2005). *Teses e Dissertações – Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. Lisboa: Editora RH, Lda.
- De’ Carli, J. (2006). *Reiki Universal* (3ª Ed). Lisboa: DINALIVRO

- Dossey, L. (2012). Espiritualidade, cura e Ciência (3ª Ronda – Em busca do ponto de encontro, 95). In Laszlo, E., & Dennis, K.L. (2012). *Ciência e Espiritualidade – Diálogo em tempo de crise e transformação*. Lisboa: Sinais de Fogo – Publicações, Lda.
- Durà, E., & Ibañez, E. (2000). Psicologia Oncológica: Perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 1 (1), 27-43
- Ernst, E., & Cassileth, B.R. (1998). The Prevalence of Complementary/Alternative Medicine in Cancer: A Systematic Review. *American Cancer Society*, 83(4), 777-782.
- Ernst, E., & Cassileth, B.R. (1998). The Prevalence of Complementary/Alternative Medicine in Cancer: A Systematic Review. *American Cancer Society*, 83(4), 777-782.
- Fetterman, D., & Wandersman, A. (2004). *Empowerment evaluation principles in practice*. New York: The Guilford Press.
- Frankl, V. (1985). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press.
- Friedman, R.S.C., Burg, M.M., Miles, P., Lee, F., & Lampert, R. (2010). Effects of Reiki on Autonomic Activity early After Acute Coronary Syndrome. *JACC Journal of the American College of Cardiology*, 56(12).
- Goswami, A. (2004). *The Quantum Doctor – a physicist's guide to health and healing*. USA: Hampton Roads Publishing Company, Inc.
- Guerreiro, V., & Guimarães, V. (2004). *Psico . Oncologia: conhecer para intervir – Manual da Formação*. Lisboa: Centro de Formação e Investigação em Psicologia.
- Helgeson, V.S., Cohen, S. (1996). Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research. *Health Psychology*, 15(2), 135 – 148.
- Hoff, L. A. (2005). Planos individuais para a gestão da crise (Secção C – Intervenção na crise nos contextos comunitários). In *Acta Participação e empowerment das pessoas com doença mental e seus familiares*. Lisboa: AEIPS Edições.
- Horan, P. (2011). *Reiki: o toque definitivo*. São Paulo: Editora Pensamento.
- Israel, B.A., Checkoway, B., Schulz, A., Zimmerman, M.A. (1994). Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control. *Health Education Quarterly*, 21(2), 149 - 170
- Jain, S., & Mills, P.J. (2010). Biofield Therapies: Helpful or full of hype? A best evidence synthesis. *International Journal Behavioural Medicine*, 17(1), 1-16.
- Jung, C. (1971). *A natureza da psique* (5ªEd). Petrópolis: Vozes
- Kelly, J. (2006). *Becoming Ecological: An expedition into community psychology*. New York: Oxford University Press.

- Koffman, J., et al. (2012). 'The greatest thing in the world is the family': the meaning of social support among Black Caribbean and White British patients living with advanced cancer. *Psycho – Oncology*, 21, 400 – 408
- Levine, M., Perkins, D.D., Perkins D.V. (2005). *Principles of Community Psychology: Perspectives and applications* (III Ed.). NY: Oxford University Press
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (1941). *O que é o Cancro?*. Consultado em 3 de Setembro de 2013 através de <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=9>
- Lübeck, W. (1999). *Manual de Reiki : um guia completo para a prática de Reiki*. Lisboa: Pergaminho.
- Lübeck, W. (2002). *Reiki, um caminho*. Cascais: Pergaminho.
- Mackay, N., Hansen, S., & Mcfarlane, O. (2004). Autonomic Nervous System Changes During Reiki Treatment: A Preliminary Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(6), 1077 – 1081.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Maton, K.I. (2008). Empowering Community Settings: Agents of Individual Development, Community Betterment, and Positive Social Change. *American Journal of Community Psychology*, 41(4).
- McCraty, R., Atkinson, M., Tomasino, D. (2003). *Modulations of DNA Conformation by Heart - Focused Intention*. Consultado a 20 de Setembro de 2013 através de Institute of HeartMath: <http://www.heartmath.org/templates/ihtm/downloads/pdf/research/publications/modulation-of-dna.pdf>
- Miles, P. (2007). Reiki for Mind, Body, and Spirit Support of Cancer Patients. *ADVANCES – Clinical Perspective*; 22(2), 20-26
- Miles, P., & True, G. (2003). Reiki-Review of Biofield Therapy History, Theory, Practice and Research. *Alternative Therapies and Medicine*; 22 (2), 62-72.
- Mok, E. (2001). Empowerment of Cancer Patients: From a Chinese Perspective. *Nursing Ethics*, 8(1), 69-76
- Mok, E., Martinson, I., Wong, T.K.S. (2004). Individual Empowerment Among Chinese Cancer Patients in Hong Kong. *Western Journal Nursing Research*, 26(1), 59-75
- Mok, E.S.S.B. (1998). *A model of empowerment for Hong Kong Chinese cancer patients and the role of self – help groups in the empowering process*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade Politécnica de Hong Kong.
- Montazeri, A., Sajadian, A., Ebrahimi, M., Haghghat, S., & Harirchi, I. (2007). Factors predicting the use of complementary and alternative therapies among cancer patients in Iran. *European Journal of Cancer Care*, 16, 144 – 149.

- Monteiro, F.J. (1997). Ajuda – mútua e reabilitação. *Análise Psicológica*, 3(15), 449 – 452.
- Moore, A. (s/d). *Reiki Energy Medicine: Enhancing the Healing Process*. Consultado em 29 de Maio de 2013 através de <http://www.harthosp.org/portals/1/images/38/reikienergymedicine.pdf>
- Moraes, M.R.C. (2012). A corporeidade integrativa das medicinas alternativas e das novas espiritualidades. *Revista Nures – PUC SP*, 7(20), 1-9.
- Muela, B.M., Lozano, C.C., Vicario, F.S. (2010). Benefícios percebidos de la aplicación de la terapia Reiki en pacientes oncohematológicos. *Metas de Enfermedad*, 13(3), 6-12.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2007). *What Is Complementary and Alternative Medicine?* Consultado a 29 de Novembro de 2012 através de <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>.
- New Jersey Local News, Breaking News, Sports and Weather. (s/d). *Hunterdon Medical Center therapists lend their hands to help patients heal*. (2012). Consultado a 16 de Fevereiro de 2013, através de http://www.nj.com/hunterdon-county-democrat/index.ssf/2012/10/hunterdon_medical_center_thera.html
- Nield - Anderson, L., & Ameling, A. (2000). The Empowering Nature of Reiki as a Complementary Therapy. *Holistic Nursing Practice*, 14(3), 21 – 29. Connecticut: Yale University School of Nursing.
- Öhlén, J., Balneaves, L. G., Bottorff, J.L., Brazier, A.S.A. (2006). The influence of significant others in complementary and alternative medicine decisions by cancer patients. *Social Science & Medicine*, 63, 1625 – 1636.
- Olson, K., & Hanson J. (1997). Using Reiki to manage pain: a preliminary report. *Cancer Prev Control*, 1(2), 108-113.
- Olson, K., Hanson, J., & Michaud, M. (2003). A Phase II Trial of Reiki for the management of pain in advanced cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*; 26(5): 990-997.
- Ornelas, J. (1997). Psicologia Comunitária Origens, fundamentos e áreas de intervenção. *Análise Psicológica*, 3(15), 375-388.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Perkins, D.D., & Zimmerman, M.A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *American Journal of Community Psychology*, 23, 569–579.
- Pestana, J.P., Estevens, D., & Conboy, J. (2007). O papel da espiritualidade na qualidade de vida do doente oncológico em quimioterapia. *Cons-Ciências*, 1 – 27. Consultado em 12 de Março de 2013 através de www.psicologia.com.pt
- Petter, F. (1999). *Manual de Reiki do Dr. Mikao Usui*. São Paulo: Editora Pensamento

- Pierce, B. (2007). The use of Biofield Therapies in Cancer Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(2), 253-258.
- Pierce, B. (2007). The use of Biofield Therapies in Cancer Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(2), 253-258.
- Quest, P. (2012). *Reiki para a vida: Manual completo de Prática de Reiki, níveis 1,2 e 3* (1ª Ed). Amadora: Nascente
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25
- Rappaport, J. (1984). Studies in Empowerment: Introduction to the Issue. In J. Rappaport, C. Swift, & R. Hess (Eds.), *Studies in Empowerment Steps toward understanding and action*, 1–7. New York: Haworth Press.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.
- Rappaport, J. (1995). Empowerment meet narrative: listening to stories and a creative settings. *American Journal of Community Psychology*, 23, 795-807.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Sá, S.D., Werlang, B.S.G., & Paranhos, M.E. (2008). Crisis intervention. *Revista Brasileira de Terapias cognitivas*, 4(1).
- Santana, J.J.R., Zanin, C.R., & Maniglia, J.V. (2008). Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia*, 18(40), 371 – 384. São Paulo: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
- Seligman, L. (1996). *Promotion a Fighting Spirit for cancer patients survivors, and their families*. San Francisco.
- Smithson, J., Britten, N., Paterson, C. (2010). The experience of using complementary therapies after a diagnosis of cancer: A qualitative synthesis. *Health*, 16(1), 19-39
- Soares, C. (2011). Reiki dá-se ao respeito. *Revista Visão*, 10 de Novembro, 90-92.
- South, J., & Woodall, J. (2010). Empowerment and Health & Well – being: Evidence summary. *Leeds: Centre for Health Promotion Research - Metropolitan University*.
- Stang, I., & Mittelmark, M.B. (2008). Learning as an empowerment process in breast cancer self – help groups. *Journal of clinical nursing*, 18, 2049 – 2057.
- Stang, I., & Mittelmark, M.B. (2010). Intervention to enhance empowerment in breast cancer self – help groups. *Nursing Inquiry*, 17(1), 46 – 56.
- Stein, D. (2004). *Reiki Esencial*. Barcelona: Ediciones Robinbook, SL.

- The Center for Reiki Research*. Consultado a 20 de Maio de 2013 através de <http://www.centerforreikiresearch.org/>
- Trinkaus, M., Burman, D., Barmala, N., Rodin, G., Jones, J., Lo, C., & Zimmermann, C. (2011). Spirituality and use of complementary therapies for cure in advanced cancer. *Psycho – Oncology*, 20, 746-754.
- Trudeau-Hern, S. & Daneshpour, M. (2012). Cancer's Impact on Spousal Caregiver Health: A Qualitative Analysis in Grounded Theory. *Contemp Fam Ther*, 34, 534–554
- Tsang, K.L., Carlson, L. E., Olson, K. P. (2007). Crossover trial of Reiki versus rest for treating cancer related fatigue. *Integrate Cancer Ther*, 25 – 35.
- UK Reiki Federation. (2001). *What is Reiki?* Consultado a 20 de Maio de 2013 através de <http://www.reikifed.co.uk/about-us/what-s-reiki-faq>
- Vandervaart, S., Violette, M.G.J., Gijzen, M.S., Wildt, S.N., & Koren, G. (2009). A Systematic Review of the Therapeutic Effects of Reiki. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(11), 1157 – 1169.
- Wong – McDonald, A. (2007). Spirituality and Psychosocial Rehabilitation: Empowering Persons with serious psychiatric disabilities at an Inner – City Community Program. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4), 295 – 300.
- World Health Organization – WHO (2008). *Estrategía de la OMS sobre medicina tradicional 2002 – 2005*. Genebra: OMS. Consultado a 11 de Julho de 2013 através de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf
- Zimmerman, M.A., & Rappaport, J. (1988). Citizen Participation, Perceived Control, and Psychological Empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16(5), 725-750.
- Zimmerman, M. (1990). Toward a theory of learned hopefulness: A structural model. Analysis of participation and empowerment. *Journal of Research in Personality*, 24, 71-86.
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, 581-599.
- Zimmerman, M.A., & Warschawsky, S. (1998). Empowerment Theory for Rehabilitation Research: Conceptual and Methodological Issues. *Rehabilitation Psychology*, 43(1), 3 – 16. University of Michigan.

Anexos

Anexo A – Quadro dos Temas de Empowerment nos Participantes Oncológicos (retirado do texto original de Mok, 1998)

Anexo B- Tabela de Informação elementar Sócio – Demográfica dos Participantes

Anexo C- Questionário de *Empowerment* Psicológico para pessoas com experiência de doença oncológica (retirado de Mok, 1998) – Versão Inglesa

Anexo D – Consentimento Informado para Questionário

Anexo E – Carta de Consentimento para recolha de dados da Associação Girassol Solidário

Anexo F - Questionário de *Empowerment* Psicológico para pessoas com experiência de doença oncológica (Ferreira & Ornelas, 2013) – Versão Portuguesa

Anexo G- Consentimento Informado para Entrevista Semi - Estruturada

Anexo H- Guião de Entrevista Semi – Estruturada

Anexo I – Tabela do Processo de Tradução do Questionário de *Empowerment*

Anexo J – Alpha de Cronbach do Questionário de E.P para pessoas com experiência de doença oncológica (Ferreira & Ornelas, 2013) – Versão Portuguesa

Anexo K – Estatística Descritiva para as dimensões da Escala

Anexo L – Comparação de médias de E.P para os 2 grupos – t student

Anexo M – Relação entre a Data de Diagnóstico e os níveis de cada dimensão para os 2 grupos (Pearson)

Anexo N - Relação entre a Formação e os níveis de cada dimensão para os 2 grupos (Spearman)

Anexo O - Relação entre a Idade e os níveis de cada dimensão para os 2 grupos (Pearson)

Anexo P – Fase I – Transcrição das Entrevistas

Anexo Q – Fase III - Análise de Temas e Sub - Temas

Anexo A – Quadro dos Temas de *Empowerment* nos Participantes Oncológicos (retirado do texto original de Mok, 1998)

Theme 1: Powerlessness of cancer

- Illness related
- Relationship
- Practical domain

Theme 2: Attributes of the empowerment process

A motivational process

- Meaning in life
- Individual goal
- Religion
- Hope

A relational process

- Family: caring, concern, practical support
- Fellow patients: see things from another perspective
- Health professionals: Caring, cheerful, and competent
- Faith in God

A process of maximizing skills and knowledge

- Related to disease and treatment
- Related to alternate medicine
- Related to food and exercise

A process of transformation of thoughts

- Accept the unchangeable
- Interpretation of meaning of the illness
- Strategies used in the cognitive process
- Setting alternate goals

Theme 3 Outcome indicators of empowerment

- Meaning
- Confidence
- Skills and knowledge
- Flexible optimism

Theme 4 Behaviours of health care professionals which facilitate empowerment

Accepting the patient's definition of the problem

Identifying and building on existing strength of patients

- Positive attributions toward patient and helping relationship
- Anticipating survival
- Won't give up
- Emphasise on patient participation for meeting needs and solving problems
- Teaching specific skills
- Giving information from which patients can base their decisions on.
- Facilitate change in cognitive perception

Theme 5 Empowering behaviours of family

Showed support

Won't give up

Communicate that patient is not a burden

Anexo B - Tabela de Informação Sócio – Demográfica dos Participantes

Grupo	Participante	Sexo	Idade	Cidade	Estado Civil	Formação	Diagnóstico	Data Diagnóstico	Cirurgia	Tratamentos actuais
Reiki	P001L	F	60	Lisboa	Casada	Mestrado Psicologia	Cancro mama	Setembro 2008	Sim	Quimioterapia Acunpuctura Reiki
	P002L	F	30	Odivelas	Solteira	Mestrado Enferm.	Cancro mama	Janeiro 2013	Sim	Reiki Anticorpo
	P003L	F	27	Odivelas	Solteira	Licenc. Enferm.	Tumor tiroide	Janeiro 2013	Não	Reiki
	P004L	F	55	Amadora	Casada	Licenc. História	Cancro mama	Agosto 2011	Sim	Reiki Meditação
	P005L	F	46	Odivelas	Casada	Mestrado Educação	Linfoma	Fevereiro 2011	Não	Reiki Meditação
	P006L	F	49	Amadora	Divor.	Mestrado Contab.	Cancro mama	Mai 2013	Sim	Quimioterapia Reiki
	P007L	F	40	Lisboa	Casada	9ºano	Tumor Supra-renal	Fevereiro 2012	Sim	Reiki
	P008L	M	32	Lisboa	Solteiro	Mestrado Psicologia	Neurinoma acústico	Junho 2008	Sim	Reiki Acunpuctura
	P009L	F	49	Fundão	Casada	Licenc. Farma.	Cancro mama	Mai 2012	Sim	Quimioterapia Reiki
	P010L	F	58	Lisboa	Casada	Licenc. Enferm.	Sarcoma	Abril 2011	Sim	Quimioterapia Reiki
Convencional	P011L	F	44	Palmela	Casada	12º ano	Tumor Supra-renal	Março 2011	Sim	Quimioterapia
	P012L	F	65	Lisboa	Divor.	4ª classe	Cancro Mama	Abril 2013	Não	Quimioterapia
	P013L	F	53	Lisboa	Solteira	4ª classe	Tumor Colo Útero	Junho 2012	Não	Quimioterapia
	P014L	F	29	Lisboa	Solteira	9º ano	Tumor Colo Útero	Novembro 2013	Não	Quimioterapia
	P015L	F	37	Lisboa	Solteira	4ª classe	Tumor Colo Útero	Julho 2013	Não	Quimioterapia
	P016L	M	57	Lisboa	Solteiro	4ª classe	Tumor Laringe	Agosto 2011	Sim	Radioterapia
	P017L	F	60	Lisboa	Casada	Mestrado	Cancro Mama	Janeiro 2008	Sim	Quimioterapia
	P018L	F	72	Lisboa	Viúva	Bacharelato	Cancro Intestinos	Outubro 2013	Sim	Fisioterapia
	P019L	F	74	Lisboa	Viúva	Bacharelato	Cancro Mama	Mai 2012	Sim	Fisioterapia
	P020L	F	60	Lisboa	Divor.	Licenciatura	Tumor Supra-renal	Agosto 2011	Sim	Quimioterapia
	P021L	F	68	Lisboa	Viúva	Licenc. Educ.	Tumor Fígado	Mai 2012	Sim	Quimioterapia
	P022L	F	30	Vialonga	Solteira	Licenc.	Tumor Fígado	Março 2012	Sim	Quimioterapia
	P023L	F	60	Sesimbra	Casada	4ª classe	Cancro Mama	Abril 2012	Sim	Quimioterapia
	P024L	M	58	Lisboa	Casado	9º ano	Tumor Pâncreas	Novembro 2012	Sim	Quimioterapia
	P025L	F	46	Odivelas	Casada	12º ano	Câncro Mama	Mai 2010	Sim	Quimioterapia

Anexo C- Questionário de *Empowerment* Psicológico para pessoas com experiência de doença oncológica (retirado de Mok, 1998) – Versão Inglesa

**Appendix 7.1 Questionnaire items of the Empowerment Questionnaire
English version**

In coping with the difficulties related to cancer, indicate the degree which you feel empowered by indicating the extent you agree or disagree with the items.
Thank you for your help and co-operation. All the information will be kept confidential.

Sex : Male/Female

Age : _____

- | | | |
|-------------|----------------|----------|
| 1. Never | 3. Sometimes | 5. A lot |
| 2. A little | 4. Pretty much | |

	Never	A little	Some- times	Pretty Much	A lot
1. Have financial resources to handle the needs arisen from the illness.	1	2	3	4	5
2. Re-evaluate my meaning and goal in life	1	2	3	4	5
3. Shift focus to other areas when think about the illness. e.g. work, recreation, helping others.	1	2	3	4	5
4. Have information to handle difficulties related to the illness.	1	2	3	4	5
5. Master different ways to manage difficulties brought by the illness. e.g. looking after family members	1	2	3	4	5
6. Rely on doctors, nurses and other allied health professionals for their treatment and care.	1	2	3	4	5
7. Maintain a positive outlook towards the illness	1	2	3	4	5
8. I feel there will be a solution to the problems, see a light at the end of the tunnel.	1	2	3	4	5
9. Have confidence and courage to fight with the illness.	1	2	3	4	5
10. Share experience with other patients	1	2	3	4	5
11. Actively manage the illness.	1	2	3	4	5
12. Get to know a variety of rehabilitation and medical services for cancer patients.	1	2	3	4	5
13. Believe that there is always a solution to the problem when facing the difficulties of the illness (a sailboat going with the current will automatically pass through the arches of a	1	2	3	4	5

bridge).

	Never	A little	Some-times	Pretty Much	A lot
14. Try different methods e.g. exercise and diet to promote health.	1	2	3	4	5
15. I tell myself, I am responsible for my own life, I have to rely on myself.	1	2	3	4	5
16. Believe one can obtain the care and support of friends when needed.	1	2	3	4	5
17. Through religious belief, it gives me meaning in life.	1	2	3	4	5
18. I feel useful and needed.	1	2	3	4	5
19. Knowing that the suffering will be gone one day which becomes my hope.	1	2	3	4	5
20. Aware of the right to choose different treatment regime.	1	2	3	4	5
21. The unfulfilled responsibility has driven me to continue living.	1	2	3	4	5
22. Have confidence to manage the fear arisen from the possibility of recurrence of the illness	1	2	3	4	5
23. Believe the future doesn't represent hopelessness	1	2	3	4	5
24. Feel there is purpose and meaning in life.	1	2	3	4	5
25. As the health professionals hold hopes for the illness, it motivates me.	1	2	3	4	5
26. Accept the reality of the illness, a step at a time.	1	2	3	4	5
27. Family and friends are waiting for me to recover, I am committed to get better.	1	2	3	4	5
28. Believe illness is a stage in the life process. Leave everything to heaven and destiny i.e. it will take care of itself when the time comes.	1	2	3	4	5
29. When I feel pressure, I try to relax.	1	2	3	4	5
30. Collect information on cancer from literature, books and magazines.	1	2	3	4	5
31. Focus on something which is good and happy	1	2	3	4	5
32. Have self-determination to continue fighting with the illness	1	2	3	4	5
33. Change life roles to adapt	1	2	3	4	5
34. Have enough knowledge to manage side-effects of treatment e.g. nausea.	1	2	3	4	5

Anexo D – Consentimento Informado para Questionário



Investigação no âmbito da elaboração da tese de Mestrado em Psicologia Comunitária no ISPA – IU

Docente: Professor Doutor José Ornelas

Discente: Rita Évora Ferreira

Consentimento informado para Questionário

Estamos a convidá-lo a participar num estudo de investigação.

Antes de aceitar participar é importante que compreenda o objectivo desta investigação, o que ela significa e assinar o consentimento informado de participação.

Leia com atenção esta folha de informação e, se desejar, informe-se junto da equipa de investigação para esclarecer as dúvidas que possa ter através do contacto fornecido. O objectivo deste estudo é abordar o papel do Reiki no *Empowerment* das Pessoas com experiência de doença oncológica, junto dos utilizadores da abordagem convencional e da abordagem alternativa/complementar. Pretende-se efectuar uma análise comparativa dos grupos e publicar os resultados desta investigação, uma vez que está integrada na elaboração de uma dissertação de mestrado.

Foi convidado(a) para participar porque gostaríamos de saber a que nível se encontra e se sente *empowered*, na forma como lida com as dificuldades relacionadas com a doença, e se essa percepção que tem associa-se à experiência de Reiki, caso pratique ou não. A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Cabe a si aceitar participar. Se decidir participar, é livre para abandonar o estudo em qualquer altura. Se concordar em participar, deverá fornecer o seu consentimento por escrito. A participação consiste na resposta a um questionário de *empowerment*, que deverá durar cerca de 5 minutos. As suas respostas farão parte da informação recolhida neste estudo e serão apresentadas de forma global e sem identificar os participantes, pelo que se garante a total **confidencialidade** e **anonimato** da informação dada.

O formulário de consentimento informado será arquivado em separado dos restantes questionários, os quais receberão um código e não um nome. Assim, o seu nome nunca aparecerá em quaisquer relatórios do estudo, comunicações ou publicações.

Receberá uma cópia desta folha de informação e da folha de consentimento para guardar consigo.

**Investigação no âmbito da elaboração da tese de mestrado em Psicologia
Comunitária no ISPA – IU**

Docente: Professor Doutor José Ornelas

Discente: Rita Évora Ferreira

Consentimento de participação

Nome do(a)
participante _____

Idade _____

Concordo em participar neste estudo e confirmo que li e compreendi a folha de informação para o estudo supracitado e que tive a oportunidade de colocar questões. Foi-me totalmente explicado o propósito do estudo, a forma de participação e os procedimentos envolvidos no preenchimento deste questionário. Compreendo que a minha participação é voluntária e que sou livre de desistir em qualquer altura.

Assinatura do(a) participante _____ Data ____ / ____ /

Assinatura da investigadora _____ Data ____ / ____ /

Nota: serão feitas três cópias do presente consentimento, uma será mantida com a equipa de investigação, uma será entregue ao participante, uma será mantida no arquivo da instituição de ensino.

Anexo E - Carta de Consentimento para Recolha de dados da Associação Girassol Solidário

Lisboa, 27 de Março, 2014

Eu, Dra. Teresa Noronha, presidente da Associação Girassol Solidário, consinto a recolha de dados, a ser feita pela Dr^a Rita Évora Ferreira, no âmbito da sua Dissertação de Mestrado em Psicologia Comunitária no ISPA - IU. Junto dos pacientes com doença oncológica (utilizadoras dos tratamentos convencionais) que, de forma voluntária, quiseram participar neste estudo, assistidos na Associação Girassol Solidário.

GIRASSOL SOLIDÁRIO

Associação de Apoio aos Doentes Evacuados de Cabo Verde
Rua da Silva, n.º 1/3 - Loja 1 1200 - 267 Lisboa
NIPC: 508 238 706

Assinatura Teresa Noronha Data 28/3/2014

Anexo F - Questionário de Empowerment Psicológico para pessoas com experiência de doença oncológica (Ferreira & Ornelas, 2013) – Versão Portuguesa



QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DO PARTICIPANTE

Dados Pessoais

1. Cidade onde reside: _____ 2. Nacionalidade: _____
3. Idade: _____ 4. Sexo: Feminino: Masculino:
5. Estado Civil: _____
6. Escolaridade / Habilitações Literárias: _____
- a) Situação Profissional: _____
1. Diagnóstico: _____
- a) Data do Diagnóstico ___/ ___/ ___
2. Intervenção Cirúrgica: Sim: Não:
3. Tratamentos que está a realizar atualmente:
- a) Quimioterapia: Radioterapia: Reiki: Outros:
- Quais: _____
4. Tratamentos realizados no passado:
- a) Quimioterapia: Radioterapia: Reiki: Outros:
- Quais: _____

Questionário de *Empowerment* Psicológico a pessoas com experiência de doença oncológica – QEDO_VP1, Ferreira e Ornelas (2013).

Versão original de Esther Mok Bing (1998)

P

--	--	--	--

Este questionário destina-se a participantes de ambos os sexos, que se encontrem a vivenciar a experiência de doença oncológica.

Ao lidar com as dificuldades relacionadas com o cancro, indique o nível de *empowerment* psicológico que sente, com base no conceito, indicando até que ponto concorda ou discorda com os itens.

Obrigada pela sua ajuda e cooperação. Toda a informação será confidencial.

Sexo: Masculino / Feminino

Idade: _____

- | | | |
|-------------|-------------|-------------|
| 1. Nunca | 3. Às vezes | 5. Bastante |
| 2. Um pouco | 4. Muito | |

	Nunc a	Um pouco	Às vezes	Muito	Bastante
1. Tenho recursos financeiros para suportar as necessidades decorrentes da doença.	1	2	3	4	5
2. Re – considero o meu significado e propósito de vida.	1	2	3	4	5
3. Desvio a atenção para outras áreas quando penso na doença (e.g. trabalho, actividades recreativas, ajudar os outros).	1	2	3	4	5
4. Tenho informação para lidar com as dificuldades relacionadas com a doença.	1	2	3	4	5
5. Controlo diferentes maneiras de gerir dificuldades decorrentes da minha doença (e.g. tomar conta de pessoas da família).	1	2	3	4	5
6. Confio nos tratamentos e nos cuidados prestados pelos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.	1	2	3	4	5
7. Mantenho uma atitude positiva em relação à doença.	1	2	3	4	5
8. Sinto que existe uma solução para os problemas, vejo uma luz ao fundo do túnel.	1	2	3	4	5
9. Tenho confiança e coragem para combater a doença.	1	2	3	4	5
10. Partilho experiências com outros pacientes.	1	2	3	4	5
11. Lido activamente com a minha doença.	1	2	3	4	5
12. Fico a conhecer uma variedade de serviços de reabilitação e cuidados médicos para pacientes oncológicos.	1	2	3	4	5
13. Acredito que existe sempre uma solução para o problema quando enfrento as dificuldades da doença.	1	2	3	4	5

(Como um veleiro ao sabor da corrente passa pelos arcos da ponte)

	Nunc a	Um pouco	Às vezes	Muito	Bastante
14. Tenho experimentado diferentes métodos (e.g. exercício físico e dieta para a promoção da saúde).	1	2	3	4	5
15. Digo a mim mesmo(a), que sou responsável pela minha própria vida e que tenho de depender de mim.	1	2	3	4	5
16. Acredito que é possível obter o cuidado e o suporte dos amigos quando necessário.	1	2	3	4	5
17. A minha fé religiosa permite-me dar um significado à vida.	1	2	3	4	5
18. Sinto-me útil e necessário(a).	1	2	3	4	5
19. A minha esperança é saber que o sofrimento vai terminar um dia.	1	2	3	4	5
20. Estou ciente do direito de escolher diferentes métodos de tratamento.	1	2	3	4	5
21. Os objectivos ainda não realizados levam-me a continuar viver.	1	2	3	4	5
22. Tenho confiança para gerir o medo que advém da possibilidade de recorrência da doença.	1	2	3	4	5
23. Acredito que o futuro não representa desesperança.	1	2	3	4	5
24. Sinto que a vida tem um propósito e significado.	1	2	3	4	5
25. Quando os profissionais de saúde demonstram esperança em relação à doença, sinto-me motivado(a)	1	2	3	4	5
26. Aceito a realidade da doença, um passo de cada vez.	1	2	3	4	5
27. A família e os amigos esperam que eu recupere, estou empenhado(a) em ficar melhor.	1	2	3	4	5
28. Acredito que a doença é uma fase no ciclo da vida. Entrego tudo ao Universo e ao destino, ou seja, as coisas irão resolver-se quando o momento chegar.	1	2	3	4	5
29. Quando sinto pressão, tento relaxar.	1	2	3	4	5
30. Recolho informação sobre o cancro em livros e revistas.	1	2	3	4	5
31. Foco-me em coisas boas e alegres.	1	2	3	4	5
32. Tenho auto – determinação para continuar a lutar contra a doença.	1	2	3	4	5
33. Mudo os meus papéis de vida para me adaptar.	1	2	3	4	5
34. Tenho conhecimento suficiente para gerir os efeitos secundários do tratamento (e.g. náuseas).	1	2	3	4	5

Anexo G- Consentimento Informado para Entrevista Semi – Estruturada



Investigação no âmbito da elaboração da tese de Mestrado em Psicologia Comunitária no ISPA – IU

Docente: Professor Doutor José Ornelas

Discente: Rita Évora Ferreira

Consentimento informado para Entrevistas

Estamos a convidá-lo a participar num estudo de investigação sobre o papel da técnica Reiki no *Empowerment* de pessoas com experiência de doença oncológica. Leia esta folha de informação com atenção e, se desejar, informe-se junto da equipa de investigação para esclarecer as dúvidas que possa ter.

O objectivo deste estudo é abordar a temática do Reiki no sentimento de *Empowerment* de pessoas a passar por uma experiência de doença oncológica. As questões de entrevista têm como objectivo explorar o significado que atribui ao *Empowerment*, que coisas e/ou pessoas têm influência no mesmo e de que forma este se associa à sua experiência na prática complementar do Reiki. Pretende-se publicar os resultados desta investigação, uma vez que está integrada na elaboração de uma dissertação de mestrado.

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária e confidencial.

Se concordar em participar, deverá fornecer o seu consentimento por escrito. A participação consiste na resposta às questões abordadas no Guião de Entrevista, cujas intervenções serão gravadas e o seu registo destruído ao fim de cinco anos. Receberá uma

cópia da folha de consentimento informado para guardar consigo. A entrevista deverá durar cerca de 15 a 30 minutos. Serão atribuídos códigos aos participantes, por isso o seu nome nunca será associado ao que for dito durante a discussão do trabalho.

É livre para abandonar o estudo em qualquer altura, se assim o desejar.

Investigação no âmbito da elaboração da tese de mestrado em Psicologia Comunitária no ISPA – IU

Docente: Professor Doutor José Ornelas

Discente: Rita Évora Ferreira

Consentimento de participação

Nome do participante: _____

Idade: _____

Concordo em participar neste estudo e confirmo que li e compreendi a folha de informação para o estudo supracitado e que tive a oportunidade de colocar questões. Foi-me totalmente explicado o propósito do estudo, a forma de participação e os procedimentos envolvidos nesta entrevista gravada. Compreendo que a minha participação é voluntária e que sou livre de desistir em qualquer altura.

Autorizo que a minha intervenção na presente entrevista seja gravada.

Assinatura do(a) participante _____ Data ____ / ____ /

Assinatura da investigadora _____ Data ____ / ____ /

Nota: serão feitas três cópias do presente consentimento, uma será mantida com a equipa de investigação, uma será entregue ao participante, uma será mantida no arquivo da instituição de ensino.

Anexo H- Guião de Entrevista Semi – Estruturada



Guião de entrevista semi – estruturada

Esta entrevista destina-se a participantes de ambos os sexos, que se encontrem a vivenciar a experiência de doença oncológica, e que sejam utilizadores do tratamento complementar Reiki.

Não existem respostas certas nem erradas.

É garantida a confidencialidade e o seu anonimato.

As gravações são apenas para uma análise de temas posterior.

Significado atribuído ao Empowerment

1. O que significa para si sentir-se empoderado(a) (*empowerment*) com a experiência da doença?
2. Que tipo de coisas faz habitualmente, de forma a sentir-se empoderado(a) (*empowered*)?

Pessoas e coisas que influenciam o Empowerment

1. Existe algum profissional de saúde, incluindo médicos e psicólogos, que contribua para o seu sentimento de empoderamento (*empowerment*)? Se sim, como é que eles ajudam-no(a) a sentir-se mais empoderado(a) (*empowered*)?
2. Tem alguém na sua família que fez ou disse alguma coisa, que lhe fizesse aumentar o seu poder (*empowerment*)? Se sim, como é que ele/ela tem influência no seu empoderamento (*empowerment*)?
3. Algum dos seus amigos(as) disse ou fez algo que lhe tenha feito sentir-se empoderado(a) (*empowered*)? Se sim, como é que ele/ela aumentou o seu sentimento de poder (*empowerment*)?
4. Participa em grupos de ajuda mútua? Se sim, o que é que o(a) levou a juntar-se a estes grupos?

5. Como é que a participação em grupos de ajuda mútua tem influência no seu *empowerment*? E quais são as vantagens e limitações deste tipo de ajuda?
6. Procura informar-se sobre a doença e os diferentes métodos de tratamento? Se sim, de que forma isso tem influência no seu empoderamento?

Empowerment e Prática de Reiki

1. Faz apenas Reiki através de um Praticante? auto – reiki? ou ambos?
2. Porque começou a aplicar o tratamento de Reiki?
3. Como tem sido para si esta experiência?
4. De que forma o Reiki lhe proporciona um sentimento de *Empowerment*? E quais são para si os benefícios e limitações do Reiki?
5. Como se sente fisicamente e emocionalmente após a aplicação de Reiki?
6. Tem sentido, devido ao Reiki, um aumento na recuperação decorrente do processo de doença?

Muito obrigada pela sua preciosa colaboração.

**Anexo I – Tabela do Processo de Tradução do Questionário de
*Empowerment (Mok, 1998)***

	Original	Tradução (A+B+C)	Tradução (ABC)	Retrotradução (ABC)	Tradução Colaborativa	Versão Final
1	<i>Have financial resources to handle the needs arisen from the illness.</i>	<p>TA: Ter recursos financeiros para lidar com as necessidades surgidas a partir da doença.</p> <p>TB: Tenho recursos financeiros para suportar as necessidades que advêm da doença.</p> <p>TC: Ter recursos financeiros para suportar as necessidades decorrentes da doença.</p>	<p>Tenho recursos financeiros para suportar as necessidades que advêm da doença.</p>	<i>I have financial resources to support the needs that come from illness.</i>	<p>Tenho recursos financeiros para suportar as necessidades decorrentes da doença.</p>	<p>Tenho recursos financeiros para suportar as necessidades decorrentes da doença.</p>
2	<i>Re - evaluate my meaning and goal in life.</i>	<p>TA: Reavaliar o significado e objective de vida.</p> <p>TB: Reavalio o significado e o propósito da vida.</p> <p>TC: Re - avaliar o meu significado e objectivo na vida.</p>	<p>Reavalio o meu significado e propósito de vida.</p>	<i>I reevaluate the meaning and purpose of my life.</i>	<p>Re - considero o meu significado e propósito de vida.</p>	<p>Re - considero o meu significado e propósito de vida.</p>
3	<i>Shift focus to other areas when think about the illness (e.g. work, recreation, helping others).</i>	<p>TA: Mudar o foco para outras áreas quando penso acerca da doença (e.g. tomar conta dos membros da família).</p> <p>TB: Mudo o foco para outras áreas quando penso</p>	<p>Mudo o foco para outras áreas quando penso na doença (e.g. trabalho, lazer, ajudar os outros).</p>	<i>I change the focus to other areas when I think in illness (e.g. work, recreation, helping others).</i>	<p>Desvio a atenção para outras áreas quando penso na doença (e.g. trabalho, actividades recreativas, ajudar os</p>	<p>Desvio a atenção para outras áreas quando penso na doença (e.g. trabalho, actividades recreativas, ajudar os outros).</p>

		<p>acerca da doença (e.g. trabalho, lazer, ajudar os outros).</p> <p>TC: Desviar a atenção para outras áreas quando penso na doença (e.g. actividades recreativas, ajudar os outros).</p>			outros).	
4	<p><i>Have information to handle difficulties related to the illness.</i></p>	<p>TA: Ter informações para suportar as dificuldades relacionadas com a doença.</p> <p>TB: Tenho informação para lidar com as dificuldades relacionadas com a doença.</p> <p>TC: Ter informação para lidar com dificuldades relacionadas com a doença.</p>	<p>Tenho informação para lidar com as dificuldades relacionadas com a doença.</p>	<p><i>I have information to deal with the difficulties related with illness.</i></p>	<p>Tenho informação para lidar com as dificuldades relacionadas com a doença.</p>	<p>Tenho informação para lidar com as dificuldades relacionadas com a doença.</p>
5	<p><i>Master different ways to manage difficulties brought by the illness (e.g. looking after family members).</i></p>	<p>TA: Arranjar diferentes maneiras de lidar com as dificuldades trazidas pela doença (e.g. tomar conta dos membros da família).</p> <p>TB: Pondero diferentes maneiras de gerir</p>	<p>Controlo diferentes maneiras de gerir dificuldades subjacentes à doença (e.g. tratar de pessoas da família).</p>	<p><i>I control different ways to manage difficulties.</i></p>	<p>Controlo diferentes maneiras de gerir dificuldades decorrentes da minha doença (e.g. tomar conta de pessoas da família).</p>	<p>Controlo diferentes maneiras de gerir dificuldades decorrentes da minha doença (e.g. tomar conta de pessoas da família).</p>

		<p>as dificuldades subjacentes à minha doença (e.g. procurando o apoio de familiares).</p> <p>TC: Controlar diferentes maneiras de gerir dificuldades decorrentes da doença (e.g. tratar de pessoas da família).</p>				
6	<p><i>Rely on doctors, nurses and other allied health professionals for their treatment and care.</i></p>	<p>TA: Confiar nos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde pelo seu tratamento e cuidado.</p> <p>TB: Confio no tratamento e nos cuidados dos médicos, enfermeiras e de outros profissionais de saúde.</p> <p>TC: Confiar nos tratamentos e cuidados prestados pelos médicos, enfermeiros e outros profissionais ligados à saúde.</p>	<p>Confio nos tratamentos e cuidados dos médicos, enfermeiras e de outros profissionais de saúde.</p>	<p><i>I trust in the treatments and care of doctors, nurses and other health care professionals.</i></p>	<p>Confio nos tratamentos e nos cuidados prestados pelos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.</p>	<p>Confio nos tratamentos e nos cuidados prestados pelos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.</p>
7	<p><i>Maintain a positive outlook towards the illness.</i></p>	<p>TA: Manter uma visão positiva em relação à doença.</p> <p>TB: Mantenho</p>	<p>Mantenho uma atitude positiva em relação à doença.</p>	<p><i>I maintain a positive attitude towards illness.</i></p>	<p>Mantenho uma atitude positiva em relação à doença.</p>	<p>Mantenho uma atitude positiva em relação à doença.</p>

		<p>um pensamento positivo em relação à doença.</p> <p>TC: Manter uma atitude positiva em relação à doença.</p>				
8	<p><i>I feel there will be a solution to the problems, see a light at the end of the tunnel.</i></p>	<p>TA: Sentir que irá haver uma solução para os problemas, vejo uma luz ao fundo do túnel.</p> <p>TB: Sinto que existe uma solução para os problemas, vejo uma luz ao fundo do túnel.</p> <p>TC: Sinto que haverá uma solução para os problemas, vejo uma luz ao fim do túnel.</p>	<p>Sinto que há uma solução para os problemas, vejo uma luz ao fundo do túnel.</p>	<p><i>I feel there is a solution to the problems, I see a light at the end of the tunnel.</i></p>	<p>Sinto que existe uma solução para os problemas, vejo uma luz ao fundo do túnel.</p>	<p>Sinto que existe uma solução para os problemas, vejo uma luz ao fundo do túnel.</p>
9	<p><i>Have confidence and courage to fight with the illness.</i></p>	<p>TA: Ter confiança e coragem para lutar contra a doença.</p> <p>TB: Tenho confiança e coragem para lutar contra a doença.</p> <p>TC: Ter confiança e coragem para combater a doença.</p>	<p>Tenho confiança e coragem para combater a doença.</p>	<p><i>I have trust and courage to fight the illness.</i></p>	<p>Tenho confiança e coragem para combater a doença.</p>	<p>Tenho confiança e coragem para combater a doença.</p>
10	<p><i>Share experience with other patients.</i></p>	<p>TA: Partilhar experiências com outros doentes.</p>	<p>Partilho as minhas experiências com</p>	<p><i>I share my experiences with other patients.</i></p>	<p>Partilho experiências com outros</p>	<p>Partilho experiências com outros pacientes.</p>

		<p>TB: Partilho a minha experiência com outros pacientes.</p> <p>TC: Partilhar experiências com outros pacientes.</p>	outros pacientes.		pacientes.	
11	<i>Actively manage the illness.</i>	<p>TA: Lidar activamente com a doença.</p> <p>TB: Giro a minha doença activamente.</p> <p>TC: Gerir activamente a doença.</p>	Giro activamente a minha doença.	<i>I manage actively my illness.</i>	Lido activamente com a minha doença.	Lido activamente com a minha doença.
12	<i>Get to know a variety of rehabilitation and medical services for cancer patients.</i>	<p>TA: Ficar a conhecer uma variedade de serviços médicos e de reabilitação para pacientes com cancro.</p> <p>TB: Conheço uma variedade de opções de reabilitação e cuidados médicos para pacientes com cancro.</p> <p>TC: Ficar a conhecer uma variedade de serviços de reabilitação e serviços médicos para pacientes de cancro.</p>	Conheço uma variedade de opções de reabilitação e cuidados médicos para pacientes oncológicos.	<i>I know a variety of options for rehabilitation and medical care for oncologic patients.</i>	Fico a conhecer uma variedade de serviços de reabilitação e cuidados médicos para pacientes oncológicos.	Fico a conhecer uma variedade de serviços de reabilitação e cuidados médicos para pacientes oncológicos.
13	<i>Believe that there is always a solution to the problem when</i>	TA: Acreditar que há sempre uma solução para o problema quando	Acredito que existe sempre uma solução para o problema,	<i>I believe there is always a solution to the problem, when facing illness</i>	Acredito que existe sempre uma solução para o	Acredito que existe sempre uma solução para o problema quando enfrento as

<p><i>facing the difficulties of the illness (a sailboat going with the current will automatically pass through the arches of a bridge).</i></p>	<p>confrontado com as dificuldades da doença (um barco à vela vai com a corrente e automaticamente passa pelos arcos de uma ponte).</p> <p>TB: Quando enfrento problemas de saúde, acredito que há sempre uma solução (um veleiro que vai com a corrente passa pelos arcos da ponte).</p> <p>TC: Acreditar que existe sempre uma solução para o problema, quando enfrentando dificuldades da doença (um veleiro ao sabor da corrente irá automaticamente passar pelos / através dos arcos da ponte).</p>	<p>quando enfrentando dificuldades da doença (como um veleiro ao sabor da corrente passa através dos arcos da ponte).</p>	<p><i>difficulties (like a sailboat going with the current that passes through the bridge arches).</i></p>	<p>problema quando enfrento as dificuldades da doença (Como um veleiro ao sabor da corrente passa pelos arcos da ponte).</p>	<p>dificuldades da doença (Como um veleiro ao sabor da corrente passa pelos arcos da ponte).</p>
<p>14</p> <p><i>Try different methods (e.g. exercise and diet to promote health).</i></p>	<p>TA: Tentar diferentes métodos (e.g. exercício e dieta para promover a saúde).</p> <p>TB: Experimento métodos alternativos (e.g. exercício físico e dieta para promover a</p>	<p>Experimento diferentes métodos (e.g. exercício físico e dieta para promover a saúde).</p>	<p><i>I experiment different methods (e.g. exercise and diet to promote health).</i></p>	<p>Tenho experimentado diferentes métodos (e.g. exercício físico e dieta para a promoção da saúde).</p>	<p>Tenho experimentado diferentes métodos (e.g. exercício físico e dieta para a promoção da saúde).</p>

		saúde). TC: Experimentar diferentes métodos (e.g. exercício físico e dieta para a promoção da saúde).				
15	<i>I tell myself, I am responsible for my own life, I have to rely on myself.</i>	TA: Digo a mim próprio que sou responsável pela minha própria vida, eu tenho que contar comigo mesmo. TB: Digo a mim mesmo(a) que sou responsável pela minha própria vida e que tenho de confiar em mim. TC: Digo a mim mesmo/a, sou responsável pela minha vida, tenho de depender de mim próprio/a.	Digo a mim mesmo(a) que sou responsável pela minha própria vida e que tenho de confiar em mim.	<i>I tell to myself that I am responsible for my own life and I have to trust me.</i>	Digo a mim mesmo(a), que sou responsável pela minha própria vida e que tenho de depender de mim.	Digo a mim mesmo(a), que sou responsável pela minha própria vida e que tenho de depender de mim.
16	<i>Believe one can obtain the care and support of friends when needed.</i>	TA: Acreditar que podemos obter o apoio e o cuidado dos amigos quando precisamos. TB: Acredito que é possível obter o cuidado e o suporte dos amigos quando necessário. TC: Acreditar que se pode ter o cuidado e suporte	Acredito que é possível obter o cuidado e o suporte dos amigos quando preciso.	<i>I believe that it is possible to obtain the care and support of friends when needed.</i>	Acredito que é possível obter o cuidado e o suporte dos amigos quando necessário.	Acredito que é possível obter o cuidado e o suporte dos amigos quando necessário.

		dos amigos quando se precisar.				
17	<i>Through religious beliefs, it gives me meaning in life.</i>	TA: A espiritualidade dá sentido à minha vida. TB: A fé religiosa permite-me dar um significado à vida. TC: A minha fé religiosa dá-me significado à vida.	A minha fé permite-me dar significado à vida.	<i>My faith allows me to provide meaning to life.</i>	A minha fé religiosa permite-me dar um significado à vida.	A minha fé religiosa permite-me dar um significado à vida.
18	<i>I feel useful and needed.</i>	TA: Sinto-me útil e necessário(a). TB: Sinto-me útil e necessário(a). TC: Sinto-me útil e necessário(a).	Sinto-me útil e necessário(a).	<i>I feel useful and needed.</i>	Sinto-me útil e necessário(a).	Sinto-me útil e necessário(a).
19	<i>Knowing that the suffering will be gone one day which becomes my hope.</i>	TA: Sei que o sofrimento vai terminar um dia, o que se torna a minha esperança. TB: A minha esperança é que o sofrimento irá desaparecer um dia. TC: Saber que o sofrimento acabará um dia, o que se torna a minha esperança.	A minha esperança é saber que o sofrimento terminará um dia.	<i>My hope is knowing that suffering will end one day.</i>	A minha esperança é saber que o sofrimento vai terminar um dia.	A minha esperança é saber que o sofrimento vai terminar um dia.
20	<i>Aware of the right to choose different treatment regime.</i>	TA: Consciência do direito de escolher diferentes regimes de tratamento.	Estou consciente do direito de escolher diferentes métodos de	<i>I'm aware of my right to choose different treatment methods.</i>	Estou ciente do direito de escolher diferentes métodos de	Estou ciente do direito de escolher diferentes métodos de tratamento.

		<p>TB: Estou ciente do direito de optar por diferentes métodos de tratamento.</p> <p>TC: Ter consciência de que tenho o direito de escolher diferentes tratamentos.</p>	tratamento.		tratamento.	
21	<p><i>The unfulfilled responsibility has driven me to continue living.</i></p>	<p>TA: O dever ainda não cumprido tem me levado a continuar a viver.</p> <p>TB: A responsabilidade da realização faz-me continuar a viver.</p> <p>TC: A responsabilidade não realizada impulsionou-me a continuar a viver.</p>	<p>A responsabilidade não realizada leva-me a continuar a viver.</p>	<p><i>My unfulfilled goals drives me to live my life.</i></p>	<p>Os objectivos ainda não realizados levam-me a continuar viver.</p>	<p>Os objectivos ainda não realizados levam-me a continuar viver.</p>
22	<p><i>Have confidence to manage the fear arisen from the possibility of recurrence of the illness.</i></p>	<p>TA: Ter confiança para administrar o medo que vem da possibilidade recidiva da doença.</p> <p>TB: Tenho confiança para gerir o medo que advém da possibilidade de recorrência da doença.</p> <p>TC: Ter a coragem para</p>	<p>Tenho confiança para gerir o medo que advém da possibilidade de recorrência da doença.</p>	<p><i>I have confidence to manage the fear that comes from the possibility of illness recurrence.</i></p>	<p>Tenho confiança para gerir o medo que advém da possibilidade de recorrência da doença.</p>	<p>Tenho confiança para gerir o medo que advém da possibilidade de recorrência da doença.</p>

		gerir o medo originado pela possibilidade de recorrência da doença.				
23	<i>Believe the future doesn't represent hopelessness.</i>	TA: Acreditar que o futuro não representa falta de esperança. TB: Acredito que o futuro não representa desesperança. TC: Acreditar que o futuro não representa falta de esperança.	Acredito que o futuro não representa desesperança.	<i>I believe that the future doesn't represent hopelessness.</i>	Acredito que o futuro não representa desesperança.	Acredito que o futuro não representa desesperança.
24	<i>Feel there is purpose and meaning in life.</i>	TA: Sentir que há um propósito e um significado na vida. TB: Sinto que a vida tem um propósito e um significado. TC: Sentir que a vida tem um propósito e significado.	Sinto que a vida tem um propósito e um significado.	<i>I feel that life has a purpose and a meaning.</i>	Sinto que a vida tem um propósito e significado.	Sinto que a vida tem um propósito e significado.
25	<i>As the health professionals hold hopes for the illness, it motivates me.</i>	TA: Enquanto os profissionais de saúde mantiverem a esperança para a doença isso motiva-me. TB: O facto de os profissionais de saúde manterem a esperança em relação à minha doença motiva-	Quando os profissionais de saúde demonstram esperança face à doença, sinto-me motivado(a).	<i>When health professionals show hope in the face of illness I feel motivated.</i>	Quando os profissionais de saúde demonstram esperança em relação à doença, sinto-me motivado(a).	Quando os profissionais de saúde demonstram esperança em relação à doença, sinto-me motivado(a).

		me. TC: Quando os profissionais de saúde demonstram esperança para doença, sinto-me motivado(a).				
26	<i>Accept the reality of the illness, a step at a time.</i>	TA: Aceitar a realidade da doença um passo de cada vez. TB: Aceito a realidade da doença, um passo de cada vez. TC: Aceitar a realidade da doença, um passo de cada vez.	Aceito a realidade da doença, um passo de cada vez.	<i>I accept the existence of illness one step at a time.</i>	Aceito a realidade da doença, um passo de cada vez.	Aceito a realidade da doença, um passo de cada vez.
27	<i>Family and friends are waiting for me to recover, I am committed to get better.</i>	TA: A família e os amigos estão à espera que eu recupere, estou empenhado em melhorar. TB: A família e os amigos estão à espera que recupere, eu estou comprometido(a) a melhorar. TC: Família e amigos esperam que eu recupere, estou empenhado em ficar melhor.	A família e os amigos esperam que eu recupere, estou empenhado(a) em ficar melhor.	<i>Family and friends hope that I recover, I'm determined to improve.</i>	A família e os amigos esperam que eu recupere, estou empenhado(a) em ficar melhor.	A família e os amigos esperam que eu recupere, estou empenhado(a) em ficar melhor.
28	<i>Believe illness is a stage in the life process. Leave everything to heaven and</i>	TA: Acreditar que a doença seja uma fase no processo da vida. Deixo tudo nas mãos do	Acredito que a doença é uma fase no ciclo da vida. Deixo tudo para o Céu e o	<i>I believe that illness is a phase in the life cycle. I surrender all to Heaven and</i>	Acredito que a doença é uma fase no ciclo da vida. Entrego tudo	Acredito que a doença é uma fase no ciclo da vida. Entrego tudo ao Universo e ao

	<i>destiny i.e. it will take care of itself when the time comes.</i>	destino, i.e. há de se resolver quando o tempo chegar. TB: Acreditar na doença é uma etapa do ciclo de vida. Deixo tudo com Deus e o destino, i.e., as coisas irão resolver-se quando chegar o momento. TC: Acreditar que a doença é um estágio no processo da vida. Deixar tudo para o céu e o destino, i.e. tomará conta dela quando a altura chegar.	destino, i.e., as coisas irão resolver-se quando o momento chegar.	<i>destiny, e.g. when the right time comes all will be solved.</i>	ao Universo e ao destino, i.e., as coisas irão resolver-se quando o momento chegar.	destino, i.e., as coisas irão resolver-se quando o momento chegar.
29	<i>When I feel pressure, I try to relax.</i>	TA: Quando sinto pressão, tento relaxar. TB: Quando sinto pressão, tento relaxar. TC: Quando sinto pressão, tento relaxar.	Quando sinto pressão, tento relaxar.	<i>When I feel pressure I try to relax.</i>	Quando sinto pressão, tento relaxar.	Quando sinto pressão, tento relaxar.
30	<i>Collect information on cancer from literature, books and magazines.</i>	TA: Recolher informação sobre o cancro na literatura, livros e revistas. TB: Recolho informação sobre o cancro em livros e revistas. TC: Reunir	Recolho informação sobre o cancro em livros e revistas.	<i>I gather information on cancer from books and magazines.</i>	Recolho informação sobre o cancro em livros e revistas.	Recolho informação sobre o cancro em livros e revistas.

		informação sobre cancro da literatura, livros e revistas.				
31	<i>Focus on something which is good and happy.</i>	TA: Focar em algo que seja bom e feliz. TB: Foco-me em coisas boas e alegres. TC: Focar-me numa coisa boa e alegre.	Foco-me em coisas boas e alegres.	<i>I focus myself on the bright side.</i>	Foco-me em coisas boas e alegres.	Foco-me em coisas boas e alegres.
32	<i>Have self-determination to continue fighting with the illness.</i>	TA: Ter auto-determinação para continuar a lutar contra a doença. TB: Tenho autodeterminação para continuar a lutar contra a doença. TC: Ter auto-determinação para continuar a combater a doença.	Tenho auto-determinação para continuar a lutar contra a doença.	<i>I have auto-determination to fight against the illness.</i>	Tenho auto-determinação para continuar a lutar contra a doença.	Tenho auto-determinação para continuar a lutar contra a doença.
33	<i>Change life roles to adapt.</i>	TA: Mudar os papéis de vida para se adaptar. TB: Mudo os meus papéis na vida para me adaptar. TC: Mudar papéis da vida para me adaptar.	Mudo papéis de vida para me adaptar.	<i>I change life roles to adapt.</i>	Mudo os meus papéis de vida para me adaptar.	Mudo os meus papéis de vida para me adaptar.
34	<i>Have enough knowledge to</i>	TA: Ter conhecimento	Tenho conhecimento	<i>I have enough knowledge to</i>	Tenho conhecimento	Tenho conhecimento

<p><i>manage side - effects of treatment (e.g. nausea).</i></p>	<p>suficiente para gerir os efeitos secundários do tratamento (e.g. náuseas).</p> <p>TB: Tenho conhecimento suficiente para gerir os efeitos colaterais do tratamento (e.g. náuseas).</p> <p>TC: Ter conhecimento suficiente para lidar com os efeitos secundários do tratamento (e.g. náusea).</p>	<p>suficiente para gerir os efeitos colaterais do tratamento (e.g. náuseas).</p>	<p><i>manage the treatment side effects (e.g. nausea).</i></p>	<p>suficiente para gerir os efeitos secundários do tratamento (e.g. náuseas).</p>	<p>suficiente para gerir os efeitos secundários do tratamento (e.g. náuseas).</p>
---	---	--	--	---	---

**Anexo J – Alpha de Cronbach do Questionário de E.P para pessoas
com experiência de doença oncológica (Ferreira & Ornelas, 2013) –
Versão Portuguesa**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,928	34

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1.4	130,40	286,917	,526	,925
P2.5	129,88	272,443	,646	,924
P3.1	129,64	290,657	,407	,927
P4.4	129,24	282,357	,719	,923
P5.4	129,36	296,073	,528	,926
P6.2	128,88	311,110	-,121	,931
P7.6	129,08	293,077	,508	,926
P8.6	129,08	290,743	,591	,925
P9.2	129,04	292,207	,658	,925
P10.5	129,64	294,907	,324	,928
P11.2	129,32	294,477	,566	,925
P12.4	129,96	281,707	,671	,923
P13.2	129,04	295,873	,624	,925
P14.4	130,04	276,123	,718	,923
P15.2	129,12	292,777	,427	,927
P16.5	128,96	294,123	,477	,926
P17.5	129,04	300,123	,276	,928
P18.5	129,04	294,790	,548	,925
P19.6	129,08	290,327	,571	,925
P20.4	129,56	281,007	,662	,924
P21.3	128,76	297,357	,540	,926
P22.2	129,56	288,007	,497	,926

P23.3	128,96	296,873	,537	,926
P24.5	129,00	287,167	,656	,924
P25.3	128,96	299,623	,405	,927
P26.1	129,28	285,960	,689	,924
P27.5	128,68	299,727	,492	,926
P28.1	129,12	295,693	,400	,927
P29.1	129,68	287,727	,645	,924
P30.4	130,16	294,890	,282	,929
P31.6	129,16	291,057	,609	,925
P32.2	129,04	292,873	,580	,925
P33.6	129,44	303,340	,150	,929
P34.4	129,72	274,043	,728	,923

**Anexo K – Estatística Descritiva para as dimensões da Escala,
correspondente aos 2 grupos**

Descriptive Statistics

Reiki	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	
Não Reiki	Aceitacao_Doenca	15	2,25	4,00	3,5167	,48612
	Confianca	15	3,43	4,29	3,8095	,26817
	Esperanca	15	3,33	5,00	4,1556	,41532
	Skills_Conhecimento	15	2,00	3,88	2,9167	,54418
	Significado_Vida	15	3,14	4,29	3,7524	,38358
	Optimismo_Flexivel	15	3,00	4,80	3,8133	,44379
	Valid N (listwise)	15				
Reiki	Aceitacao_Doenca	10	2,75	5,00	4,2500	,72648
	Confianca	10	3,86	5,00	4,5286	,36916
	Esperanca	10	4,00	5,00	4,6333	,39907
	Skills_Conhecimento	10	3,63	4,75	4,2125	,40846
	Significado_Vida	10	3,71	5,00	4,5286	,44696
	Optimismo_Flexivel	10	3,40	5,00	4,4600	,57388
	Valid N (listwise)	10				

Anexo L – Comparação de médias de E.P para os 2 grupos – Pressupostos e T - student

Tests of Normality							
	Reiki	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Aceitacao_Doenca	Não Reiki	,220	15	,050	,835	15	,011
	Reiki	,254	10	,066	,858	10	,072
Confianca	Não Reiki	,228	15	,035	,917	15	,171
	Reiki	,246	10	,087	,904	10	,240
Esperanca	Não Reiki	,246	15	,015	,922	15	,209
	Reiki	,233	10	,131	,824	10	,028
Skills_Conhecimento	Não Reiki	,130	15	,200*	,979	15	,964
	Reiki	,199	10	,200*	,912	10	,298
Significado_Vida	Não Reiki	,208	15	,081	,904	15	,109
	Reiki	,261	10	,052	,858	10	,071
Optimismo_Flexivel	Não Reiki	,204	15	,095	,952	15	,561
	Reiki	,223	10	,172	,873	10	,109

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Aceitacao_Doenca	Equal variances assumed	3,306	,082	-3,035	23	,006	-,73333
	Equal variances not assumed			-2,801	14,353	,014	-,73333
Confianca	Equal variances assumed	,693	,414	-5,652	23	,000	-,71905
	Equal variances not assumed			-5,298	15,234	,000	-,71905
Esperanca	Equal variances assumed	,005	,946	-2,861	23	,009	-,47778
	Equal variances not assumed			-2,885	19,989	,009	-,47778
Skills_Conhecimento	Equal variances assumed	,676	,419	-6,406	23	,000	-1,29583
	Equal variances not assumed			-6,790	22,578	,000	-1,29583
Significado_Vida	Equal variances assumed	,332	,570	-4,642	23	,000	-,77619
	Equal variances not assumed			-4,497	17,323	,000	-,77619
Optimismo_Flexivel	Equal variances assumed	2,313	,142	-3,176	23	,004	-,64667
	Equal variances not assumed			-3,013	15,975	,008	-,64667

Correlações

Anexo M – Relação entre a Data de Diagnóstico e os níveis de cada dimensão para os 2 grupos (Pearson)

Grupo sem Reiki

Correlations

		Data_de_diag nostico	Aceitacao_Do enca	Confianca	Esperanca	Skills_Conhe cimento	Significado_Vi da	Optimismo_FI exivel
Data_de_diagnostico	Pearson Correlation	1	-,182	,321	,099	-,211	-,389	-,016
	Sig. (2-tailed)		,516	,244	,724	,449	,152	,955
	N	15	15	15	15	15	15	15
Aceitacao_Doenca	Pearson Correlation	-,182	1	-,130	,340	,622*	,420	,380
	Sig. (2-tailed)	,516		,643	,215	,013	,119	,163
	N	15	15	15	15	15	15	15
Confianca	Pearson Correlation	,321	-,130	1	-,081	,015	,288	-,337
	Sig. (2-tailed)	,244	,643		,773	,959	,298	,219
	N	15	15	15	15	15	15	15
Esperanca	Pearson Correlation	,099	,340	-,081	1	-,018	-,104	,195
	Sig. (2-tailed)	,724	,215	,773		,950	,712	,487
	N	15	15	15	15	15	15	15
Skills_Conhecimento	Pearson Correlation	-,211	,622*	,015	-,018	1	,475	-,136
	Sig. (2-tailed)	,449	,013	,959	,950		,074	,630
	N	15	15	15	15	15	15	15
Significado_Vida	Pearson Correlation	-,389	,420	,288	-,104	,475	1	-,123
	Sig. (2-tailed)	,152	,119	,298	,712	,074		,662
	N	15	15	15	15	15	15	15
Optimismo_Flexivel	Pearson Correlation	-,016	,380	-,337	,195	-,136	-,123	1
	Sig. (2-tailed)	,955	,163	,219	,487	,630	,662	
	N	15	15	15	15	15	15	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Grupo com Reiki

Correlations

		Data_de_diag nostico	Aceitacao_Do enca	Confianca	Esperanca	Skills_Conhe cimento	Significado_Vi da	Optimismo_Fl exivel
Data_de_diagnostico	Pearson Correlation	1	-,182	,321	,099	-,211	-,389	-,016
	Sig. (2-tailed)		,516	,244	,724	,449	,152	,955
	N	15	15	15	15	15	15	15
Aceitacao_Doenca	Pearson Correlation	-,182	1	-,130	,340	,622*	,420	,380
	Sig. (2-tailed)	,516		,643	,215	,013	,119	,163
	N	15	15	15	15	15	15	15
Confianca	Pearson Correlation	,321	-,130	1	-,081	,015	,288	-,337
	Sig. (2-tailed)	,244	,643		,773	,959	,298	,219
	N	15	15	15	15	15	15	15
Esperanca	Pearson Correlation	,099	,340	-,081	1	-,018	-,104	,195
	Sig. (2-tailed)	,724	,215	,773		,950	,712	,487
	N	15	15	15	15	15	15	15
Skills_Conhecimento	Pearson Correlation	-,211	,622*	,015	-,018	1	,475	-,136
	Sig. (2-tailed)	,449	,013	,959	,950		,074	,630
	N	15	15	15	15	15	15	15
Significado_Vida	Pearson Correlation	-,389	,420	,288	-,104	,475	1	-,123
	Sig. (2-tailed)	,152	,119	,298	,712	,074		,662
	N	15	15	15	15	15	15	15
Optimismo_Flexivel	Pearson Correlation	-,016	,380	-,337	,195	-,136	-,123	1
	Sig. (2-tailed)	,955	,163	,219	,487	,630	,662	
	N	15	15	15	15	15	15	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo N - Relação entre a Formação e os níveis de cada dimensão para os 2 grupos (Spearman)

		Formação				
Reiki		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Não Reiki	Valid	4° classe	5	33,3	33,3	33,3
		9° ano	2	13,3	13,3	46,7
		12° ano	2	13,3	13,3	60,0
		ensino superior	6	40,0	40,0	100,0
		Total	15	100,0	100,0	
Reiki	Valid	9° ano	1	10,0	10,0	10,0
		ensino superior	9	90,0	90,0	100,0
		Total	10	100,0	100,0	

Grupo sem Reiki

Correlations

Reiki			Formação	Aceitacao_Doenca	Confianca	Esperanca	Skills_Conhecimento	Significado_Vida	Optimismo_Flexivel	
Spearman's rho	Formação	Reiki	Correlation Coefficient	1,000	,203	-,215	-,060	,524*	,386	,305
			Sig. (2-tailed)	.	,468	,442	,832	,045	,155	,268
			N	15	15	15	15	15	15	15
Aceitacao_Doenca	Não Reiki	Reiki	Correlation Coefficient	,203	1,000	,115	,295	,546*	,424	,334
			Sig. (2-tailed)	,468	.	,684	,285	,035	,115	,224
			N	15	15	15	15	15	15	15
Confianca	Não Reiki	Reiki	Correlation Coefficient	-,215	,115	1,000	-,083	-,023	,275	-,333
			Sig. (2-tailed)	,442	,684	.	,770	,935	,321	,226
			N	15	15	15	15	15	15	15
Esperanca	Não Reiki	Reiki	Correlation Coefficient	-,060	,295	-,083	1,000	-,026	,001	,292
			Sig. (2-tailed)	,832	,285	,770	.	,928	,997	,291
			N	15	15	15	15	15	15	15
Skills_Conhecimento	Não Reiki	Reiki	Correlation Coefficient	,524*	,546*	-,023	-,026	1,000	,439	-,005
			Sig. (2-tailed)	,045	,035	,935	,928	.	,102	,987
			N	15	15	15	15	15	15	15
Significado_Vida	Não Reiki	Reiki	Correlation Coefficient	,386	,424	,275	,001	,439	1,000	,104
			Sig. (2-tailed)	,155	,115	,321	,997	,102	.	,711
			N	15	15	15	15	15	15	15
Optimismo_Flexivel	Não Reiki	Reiki	Correlation Coefficient	,305	,334	-,333	,292	-,005	,104	1,000
			Sig. (2-tailed)	,268	,224	,226	,291	,987	,711	.
			N	15	15	15	15	15	15	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Grupo com Reiki

Correlations

Reiki			Formação	Aceitacao_Doenca	Confianca	Esperanca	Skills_Conhecimento	Significado_Vida	Optimismo_Flexivel	
Spearman's rho	Formação	Reiki	Correlation Coefficient	1,000	-,239	,118	,061	,525	,000	,177
			Sig. (2-tailed)	.	,505	,746	,867	,119	1,000	,625
			N	10	10	10	10	10	10	10
Aceitacao_Doenca	Reiki	Reiki	Correlation Coefficient	-,239	1,000	,632	,735*	,286	,651*	,641*
			Sig. (2-tailed)	,505	.	,050	,016	,423	,042	,046
			N	10	10	10	10	10	10	10
Confianca	Reiki	Reiki	Correlation Coefficient	,118	,632	1,000	,655*	,715*	,841**	,869**
			Sig. (2-tailed)	,746	,050	.	,040	,020	,002	,001
			N	10	10	10	10	10	10	10
Esperanca	Reiki	Reiki	Correlation Coefficient	,061	,735*	,655*	1,000	,291	,655*	,726*
			Sig. (2-tailed)	,867	,016	,040	.	,415	,040	,017
			N	10	10	10	10	10	10	10
Skills_Conhecimento	Reiki	Reiki	Correlation Coefficient	,525	,286	,715*	,291	1,000	,675*	,802**
			Sig. (2-tailed)	,119	,423	,020	,415	.	,032	,005
			N	10	10	10	10	10	10	10
Significado_Vida	Reiki	Reiki	Correlation Coefficient	,000	,651*	,841**	,655*	,675*	1,000	,875**
			Sig. (2-tailed)	1,000	,042	,002	,040	,032	.	,001
			N	10	10	10	10	10	10	10
Optimismo_Flexivel	Reiki	Reiki	Correlation Coefficient	,177	,641*	,869**	,726*	,802**	,875**	1,000
			Sig. (2-tailed)	,625	,046	,001	,017	,005	,001	.
			N	10	10	10	10	10	10	10

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**.. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo O - Relação entre a Idade e os níveis de cada dimensão para os 2 grupos (Pearson)

Grupo sem Reiki

Correlations

Reiki			Idade	Aceitacao_Doenca	Confianca	Esperanca	Skills_Conhecimento	Significado_Vida	Optimismo_Flexivel
Não Reiki	Idade	Pearson Correlation	1	,020	,246	-,203	,256	-,069	-,284
		Sig. (2-tailed)		,943	,376	,467	,357	,807	,306
		N	15	15	15	15	15	15	15
	Aceitacao_Doenca	Pearson Correlation	,020	1	-,130	,340	,622*	,420	,380
		Sig. (2-tailed)	,943		,643	,215	,013	,119	,163
		N	15	15	15	15	15	15	15
	Confianca	Pearson Correlation	,246	-,130	1	-,081	,015	,288	-,337
		Sig. (2-tailed)	,376	,643		,773	,959	,298	,219
		N	15	15	15	15	15	15	15
	Esperanca	Pearson Correlation	-,203	,340	-,081	1	-,018	-,104	,195
		Sig. (2-tailed)	,467	,215	,773		,950	,712	,487
		N	15	15	15	15	15	15	15
	Skills_Conhecimento	Pearson Correlation	,256	,622*	,015	-,018	1	,475	-,136
		Sig. (2-tailed)	,357	,013	,959	,950		,074	,630
		N	15	15	15	15	15	15	15
	Significado_Vida	Pearson Correlation	-,069	,420	,288	-,104	,475	1	-,123
		Sig. (2-tailed)	,807	,119	,298	,712	,074		,662
		N	15	15	15	15	15	15	15
	Optimismo_Flexivel	Pearson Correlation	-,284	,380	-,337	,195	-,136	-,123	1
		Sig. (2-tailed)	,306	,163	,219	,487	,630	,662	
		N	15	15	15	15	15	15	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Grupo com Reiki

Correlations

Reiki			Idade	Aceitacao_Doenca	Confianca	Esperanca	Skills_Conhecimento	Significado_Vida	Optimismo_Flexivel
Reiki	Idade	Pearson Correlation	1	,010	,093	-,199	,028	,137	-,009
		Sig. (2-tailed)		,979	,797	,582	,939	,706	,980
		N	10	10	10	10	10	10	10
Aceitacao_Doenca		Pearson Correlation	,010	1	,429	,798**	,304	,574	,680*
		Sig. (2-tailed)	,979		,216	,006	,393	,082	,031
		N	10	10	10	10	10	10	10
Confianca		Pearson Correlation	,093	,429	1	,636*	,672*	,853**	,763*
		Sig. (2-tailed)	,797	,216		,048	,033	,002	,010
		N	10	10	10	10	10	10	10
Esperanca		Pearson Correlation	-,199	,798**	,636*	1	,418	,762*	,786**
		Sig. (2-tailed)	,582	,006	,048		,230	,010	,007
		N	10	10	10	10	10	10	10
Skills_Conhecimento		Pearson Correlation	,028	,304	,672*	,418	1	,577	,805**
		Sig. (2-tailed)	,939	,393	,033	,230		,081	,005
		N	10	10	10	10	10	10	10
Significado_Vida		Pearson Correlation	,137	,574	,853**	,762*	,577	1	,828**
		Sig. (2-tailed)	,706	,082	,002	,010	,081		,003
		N	10	10	10	10	10	10	10
Optimismo_Flexivel		Pearson Correlation	-,009	,680*	,763*	,786**	,805**	,828**	1
		Sig. (2-tailed)	,980	,031	,010	,007	,005	,003	
		N	10	10	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo P – Fase I – Transcrição das Entrevistas

Participante 1 – P001L “28’48”

Investigador- Rita Évora Ferreira

Dados Sócio – demográficos

Idade: 60

Sexo: Feminino

Cidade onde reside: Lisboa

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Casada

Escolaridade: Mestrado em Psicologia

Situação Profissional: Aposentada

Diagnóstico: Cancro da mama

Data diagnóstico: Setembro de 2008

Intervenção Cirúrgica: Sim

Tratamentos actuais: Quimioterapia; Reiki; Outros: Acunpunctura; Tai Chi

Tratamentos do passado: Quimioterapia; Radioterapia

Entrevista 1

Investigador: Muito boa tarde. Antes de mais, muito obrigada pela sua participação nesta investigação, a sua ajuda e a sua colaboração serão preciosas para este estudo. Estamos a convidá-la a participar num estudo de investigação sobre o papel do Reiki no *Empowerment* de Pessoas com experiência de doença oncológica. As questões de entrevista têm como objectivo explorar o significado que atribui ao *empowerment*, que coisas ou pessoas têm influência no mesmo e de que forma este se associa à sua experiência na prática do Reiki. Como referido, os seus dados pessoais serão tratados de forma anónima e confidencial e é livre de abandonar o estudo se assim o desejar. Depois de termos falado aqui anteriormente sobre o conceito de *empowerment*, diga-me, o que significa para si ter um sentimento de *empowerment* na experiência da doença?

Participante 1: Para mim significa acima de tudo ter algum controlo sobre a situação que eu estou a viver. Não me entregar à doença, o não me sentir vítima e o tentar acima de todas as coisas perceber e informar-me. E também, ao mesmo tempo, aprender a lidar com ela no sentido de a controlar e dela não me controlar a mim.

Investigador: Compreendo.

E que coisas faz, habitualmente, de forma a sentir-se mais empoderada?

Participante 1: Em primeiro lugar a formação pessoal é uma questão importante, que passa por questões do auto – conhecimento. Isto é, a pessoa tentar formar-se, perceber a sua história de vida, o seu percurso que a levou até aqui, o contexto possível e imaginário da situação da doença e mais do que isso, o confiar e entregar a Deus. Eu como sou uma pessoa de fé, sem ser religiosa, estou a aprender a pôr em prática a vivência dessa fé. Determino a minha cura em nome da fé e a partir daí sigo em frente...Portanto, o que me motiva mais, de certa forma, é a espiritualidade, sem dúvida. Para além do aspecto familiar, obviamente, que é muito importante e fundamental, pois sem esse apoio a pessoa deixa-se ir abaixo.

A espiritualidade promove forças principalmente por acreditarmos em “algo”, e o saber “ouvir” a nossa fé, pois esta não vem por acaso.

Investigador: Vamos falar agora acerca das coisas ou pessoas que têm influência no seu *empowerment*. Como referiu anteriormente o apoio da família é muito importante para si. E existe algum profissional de saúde, incluindo médicos, enfermeiros ou psicólogos que contribua para esse sentimento de empoderamento?

E se sim, como é que eles ajudam-na a sentir-se assim?

Participante 1: Em primeiro lugar a família, conforme já mencionei. Ou seja, quando as coisas caminham bem com a família, quando somos estimados e amados, quando sentimos que não somos um “peso” e que fazemos falta, isso, logicamente, vai-nos dar mais forças para combater a doença e dá-nos cada vez mais motivação para a vida! Portanto, mantêm-nos assim “à tona”. Também outros profissionais de saúde, por exemplo os médicos, uma vez que são eles que nos prescrevem os tratamentos. A confiança neles é importante, o saber que eles também vivem esse problema ao nosso lado e que querem igualmente o nosso bem – estar, a nossa recuperação. Portanto, esse acompanhamento traz força, sentimos que não estamos sozinhos. E a parte da Psicologia, talvez iria-me focar mais nos grupos de ajuda mútua, da qual também faço parte e considero ser uma boa ajuda.

Investigador: Compreendo. Referiu há pouco a importância que tem para si o suporte familiar, por conseguinte, alguém no seu seio familiar fez ou disse algo, que fizesse aumentar o seu poder? Se sim, como é que ele/ela contribuíram para o seu empoderamento?

Participante 1: Por um lado, a minha família de origem – o meu pai, o meu tio- que são pessoas que sempre me disseram para não ter medo, para ir em frente, nunca me deixaram, digamos, “cair” e “entregar-me” à doença. Por outro lado, a minha segunda família, designadamente – o meu marido e as minhas filhas. As minhas filhas que sempre me encorajaram a lutar, a vencer, a não perder a esperança e acreditar que o dia de amanhã seria sempre melhor que o presente, ou seja,

que as coisas iriam-se resolver. E, por isso, como elas ocupam o lugar fundamental na minha vida, isso de certa forma legitima a situação pela qual estou a passar. Apesar de não ser uma situação agradável, é uma situação consentida...em que nessa base sinto-me acompanhada.

Investigador: Entendo. E algum dos seus amigos (as) disse ou fez algo que lhe tenha feito sentir-se empoderada? Se sim, como é que ele/ela aumentou o seu poder?

Participante 1: Os meus amigos também aumentam o meu sentimento de poder, quando confiam em mim. Quando me dizem: “tu vais ser capaz!”, “Tu vais vencer!”, “Tu és forte!”. Pronto, estas palavras também me trazem poder. E, a pessoa também como não quer frustrar quem confia em nós, então nós cada vez mais damos o nosso melhor.

Investigador: Disse-me anteriormente que participa em grupos de ajuda mútua, o que é que a levou a juntar-se a estes grupos?

Participante 1: Sim participo num do Hospital. Eu primeiro comecei com algum apoio psicológico, do foro individual. Mas entretanto, senti que não havia assim grande progressão, nem grandes mudanças. E, na altura soube que havia grupos de ajuda mútua, então fiz a proposta de poder fazer parte desse grupo...

Investigador: Como é que a participação em grupos de ajuda mútua tem influência no seu *empowerment*? E quais são as vantagens e limitações deste tipo de ajuda?

Participante 1: Eu penso que tem a sua vantagem, porque a abordagem individual da psicologia é muito interessante mas às vezes parece que nos afunda mais nos nossos problemas. Nos grupos de ajuda mútua nós sentimos que o problema não é apenas nosso, há outras pessoas que também têm o mesmo problema e até maior que o nosso e que estamos no mesmo barco. Até a própria linguagem que nós usamos eles entendem melhor, pois também já passaram por isso. Existe uma cumplicidade, um vínculo muito maior: afectivo e psicológico. Partilhamos experiências, trocamos ideias, têm informações...ficamos assim um bocadinho como família e preocupamo-nos mais uns com os outros...é muito por aí.

Investigador: Sente então que, ao participar nestes grupos, pode partilhar as mesmas experiências com essas pessoas que passam por uma situação idêntica ou semelhante e que, portanto, isso, de certa forma, promove um maior sentimento de pertença, de identificação...

Participante 1: Exactamente. Dá um maior sentimento de pertença, identificação...mas ao mesmo tempo também um sentimento de libertação, na medida em que, eu ao estar no grupo, participar nele e fazer vir ao de cima as emoções (as pessoas lá choram, riem, etc.), a sensação que dá é que nós nos libertamos mais! Há uma maior *catharse* que é feita! O falar das coisas e partilhar medos e

preocupações, “deitar cá para fora”, só isso já é um processo de *empowerment*, porque nós nos distanciamos, parece que aquilo que nós falamos se dissocia daquilo que é a nossa pessoa, o nosso Ser. O problema está em quando nos identificamos com os nossos problemas, assim quando os deitamos cá para fora eles passam a fazer parte de uma realidade exterior, algo que podemos controlar e dominar.

Limitações? Talvez quando os grupos não são bem escolhidos, no sentido em que as pessoas não se identificam com o grupo. Tem que haver uma escolha criteriosa, porque as pessoas são todas muito diferentes, mas há ali um aspecto que as liga: a doença. E essa acaba por ser o polo unificador.

Investigador: Exacto. Procura informar-se sobre a doença e os diferentes métodos de tratamento? Se sim, influencia o seu empoderamento?

Participante 1: Sim, mais na fase inicial procurava obter informações não só sobre a doença, como sobre os vários tipos de tratamento. As minhas filhas também me ajudaram nesse processo de procura, o que foi extremamente importante. Informação para mim é poder, e isso faz com que as minhas escolhas sejam mais conscientes, autónomas, dentro, claro, de algumas limitações. É importante termos consciência desse direito de escolha nas tomadas de decisão.

Investigador: Vamos passar ao papel do Reiki enquanto promotor de *empowerment*. Diga-me, faz apenas Reiki através de um Praticante? Auto Reiki ou ambos?

Participante 1: Através de um terapeuta, apesar de ter a iniciação.

Investigador: E, porque começou a aplicar o tratamento de Reiki?

Participante 1: Porque me falaram deste tratamento, como uma forma de acalmar a dor psicológica, física...e fui experimentar.

Investigador: Como tem sido para si esta experiência?

Participante 1: Muito boa. Não só acalma psicologicamente, como também traz o lado do acompanhamento pessoal, o saber que tenho um facilitador que está a viver connosco o problema. Antes de começar a sessão, há sempre uma preocupação do mesmo para saber como estou, como passei a semana, onde me dói, etc. E esse Praticante quando vai conduzir uma sessão de Reiki, já está preparado, digamos assim, para atender a um órgão mais necessitado. E, de uma maneira geral, o Praticante tem sempre uma sensibilidade de compreender qual o órgão que necessita mais de energia e canaliza as suas mãos para os sítios específicos, e a nós isso também traz alguma confiança, no sentido de saber que eles sabem o que estão a fazer e por conseguinte, confiança na recuperação.

Investigador: Então de que forma o Reiki lhe proporciona empoderamento? E quais os seus benefícios e limitações?

Participante 1: Na medida em que exerce sobre nós um efeito recuperativo. É muito relaxante: a energia das mãos, a música e toda aquela sessão. Tenho amigos que quando têm algum problema: ansiedade, dor ou depressão, dizem que vão ao Reiki, em vez de ir ao Psicólogo vão ao Reiki (risos) e saem de lá muito melhor: muito mais tranquilos, calmos e seguros! E eu sinto isso, mas também com efeitos físicos importantes. O Reiki tem essa vantagem de acalmar sem eu ter que verbalizar nada.

Investigador: Esses são então para si os efeitos físicos e emocionais após a aplicação de Reiki?

Participante 1: Sim são! A parte emocional é muito importante, porque quando uma pessoa faz Quimioterapia e apanha com uma sessão de Reiki logo a seguir é muito diferente do que não fazer Reiki, é complementar. Sinto-me emocionalmente também muito mais tranquila, calma, em paz, liberta, resiliente e fisicamente atenua a dor, acalma o coração.

A única limitação que eu talvez encontre no Reiki, é por ser um campo ainda não muito estudado. Nós não somos só matéria e até a própria matéria é feita de energia.

Investigador: Vamos passar há última questão: tem sentido, devido ao Reiki, um aumento na recuperação em virtude do processo de doença?

Participante 1: Com certeza que sim. Uma pessoa quando é acompanhada com Reiki é diferente daquela que não é acompanhada. Sob o ponto de vista emocional, como já falámos disso, mas também do ponto de vista dos efeitos físicos manifestados e que são uma ajuda. Com uma sessão de Reiki sentimo-nos bem e em paz com o mundo e, isso vai interferir com os nossos pensamentos, sem dúvida. Por exemplo, quando a pessoa está mal com a vida ou sente-se incompreendida, atrai para si um conjunto de pensamentos negativos. Ao pensar positivo, estamos a atrair uma realidade diferente, em que pensamos que as pessoas gostam de nós, que somos importantes para elas, e por isso vou ter esperança e vou dominar a doença.

Investigador: Chegámos ao fim da nossa entrevista, e mais uma vez, agradeço o seu precioso contributo.

Participante 1: De nada, disponha sempre.

Participante 2 – P002L “16’48”

Investigador- Rita Évora Ferreira

Dados Sócio – demográficos

Idade: 30

Sexo: Feminino

Cidade onde reside: Odivelas

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Solteira

Escolaridade: Mestrado em Enfermagem

Situação Profissional: Empregada

Diagnóstico: Cancro da mama

Data diagnóstico: Janeiro de 2013

Intervenção Cirúrgica: Sim

Tratamentos actuais: Reiki Outros: Anticorpo

Tratamentos do passado: Quimioterapia; Reiki. Outros: Anticorpo

Entrevista 2

Investigador: Muito boa tarde. Antes de mais, muito obrigada pela sua participação nesta investigação, a sua ajuda e a sua colaboração serão preciosas para este estudo. Estamos a convidá-la a participar num estudo de investigação sobre o papel do Reiki no *Empowerment* de Pessoas com experiência de doença oncológica. As questões de entrevista têm como objectivo explorar o significado que atribui ao *empowerment*, que coisas ou pessoas têm influência no mesmo e de que forma este se associa à sua experiência na prática do Reiki. Como referido, os seus dados pessoais serão tratados de forma anónima e confidencial e é livre de abandonar o estudo se assim o desejar. Depois de termos falado aqui anteriormente sobre o conceito de *empowerment*, diga-me, o que significa para si ter um sentimento de *empowerment* na experiência da doença?

Participante 2: Para mim ter um sentimento de poder e controlo sobre a doença faz com que consigamos ultrapassar com mais vontade e garra esta fase da nossa vida e daí a importância de termos esse poder. Penso que dentro desta minha luta, eu tive sempre isso. É muito importante termos o poder e a força de vontade para lutarmos contra o cancro, se não tivermos é mais fácil a doença apoderar-se de nós.

Investigador: E que coisas faz, habitualmente, de forma a sentir-se mais empoderada?

Participante 2: Bom, o que eu fiz ao longo destes nove meses...vi muita televisão (risos); fiz Reiki; passei bastante; ia muitas vezes ao *shopping* ver roupa para me sentir bonita, comprei muitas roupas, vários lenços de diversas cores e feitios; fiz workshops de maquilhagem para aprender a maquilhar-

me; meti unhas de gel, coisa que nunca pus; eu não podia fazer exercício mas fiz bastantes caminhadas; ia ao cinema; li muito; acabei por ir ao Hospital que era o meu local de trabalho, pedir formações e trabalhos para fazer em casa e, ajudei o meu chefe a fazer protocolos novos, folhetos para os doentes e ainda fiz formações para me manter distraída.

Investigador: Vamos falar agora acerca das coisas ou pessoas que têm influência no seu *empowerment*. Existe algum profissional de saúde, incluindo médicos, enfermeiros ou psicólogos que contribua para esse sentimento de empoderamento?

E se sim, como é que eles ajudam-na a sentir-se assim?

Participante 2: Não, não existem. Só mesmo os meus amigos e a minha família. Os médicos foram muito bons, mas serviram só e exclusivamente para o tratamento, não tive apoio deles. Nunca me foi referenciada a Psicologia, a única altura em que foi referenciada a Psicologia foi quando fui operada para fazer mastectomia e a Psicóloga, peço desculpa por dizê-lo, foi horrível. Não serviu para nada, dizia simplesmente para falar, não me perguntava nada em específico...dizia para desabafar, mas se for só para desabafar faço-o com os meus amigos. As minhas colegas de enfermagem desse serviço, também nada fizeram. Uma ou outra mais simpática durante os tratamentos, mas pouco estiveram para mim e não demonstraram grande atenção, mesmo no dia em que fiz quimioterapia não houve um ensino ou grande disponibilidade. Penso que às vezes, as pessoas esquecem-se da vertente humana e psicológica do indivíduo, aquilo está tão mecanizado que parece que trabalham como se fossem máquinas. Fui buscar esse *empowerment* às minhas colegas enfermeiras que eram de outro serviço e que realmente estavam lá para mim. Aqueles que estavam por dentro do meu diagnóstico e acompanharam o meu processo podem ser muito eficientes na decisão dos tratamentos a fazer, mas não o são em termos relacionais. Eram muito simpáticos mas não passava desse contexto profissional.

Investigador: Compreendo. Referiu há pouco a importância que tem para si o suporte familiar, por conseguinte, alguém no seu seio familiar fez ou disse algo, que fizesse aumentar o seu poder? Se sim, como é que ele/ela contribuíram para o seu empoderamento?

Participante 2: Bem, tenho muitas pessoas, não é só uma. Tenho a minha mãe que não vive cá e mudou-se praticamente para a minha casa, de quinze em quinze dias, nas vésperas dos exames e dos tratamentos de quimioterapia. Foi um pilar muito importante, ela é que me motivava, é que pegava em mim e íamos para o *shopping* passear e comprava-me roupa, lenços; fazia-me comida que eu gostava e fazia-me tudo. Depois tenho o meu namorado, em que eu apesar de estar sem cabelo, elogiava-me sempre e dizia-me “és a mais linda, a mais bonita”. Ele pegava em mim e íamos passear e fizemos alguns passeios muito bons e isso tudo reforçava-me muito a auto – estima...

Investigador: E algum dos seus amigos (as) disse ou fez algo que lhe tenha feito sentir-se empoderada? Se sim, como é que ele/ela aumentou o seu poder?

Participante 2: ...e depois tenho os meus amigos que pegavam em mim e íamos beber um copo, íamos passear “aqui e acolá”, levavam-me coisas para eu fazer em casa, ainda, outra amiga minha que me fazia as unhas, arranjava-me as sobrancelhas e, pronto, isso acabou por ajudar muito, dando-me força.

Investigador: Falando agora em grupos de ajuda mútua, participa em algum? Se sim, o que é que a levou a juntar-se a estes grupos?

Participante 2: Participo no grupo de Reiki. Eu há dois anos já tinha o curso de nível 1. Acabei por praticar mas depois deixar, e assim que me surgiu a doença, lembrei-me que tinha, de facto, uma ferramenta para me auto – ajudar. Procurei então a Associação Portuguesa de Reiki, que é um grupo de partilhas e que nos ajuda a dar algum poder sobre a nossa vida e acabei por ir para lá, fiz tratamentos com eles, participei em *workshops* e isso ajudou-me bastante nesta fase da minha vida. A minha participação partiu dessa vontade de partilhar e de encontrar pessoas que me pudessem ajudar.

Investigador: Como é que essa participação em grupos de ajuda mútua influencia o seu poder? E quais as vantagens e limitações deste tipo de ajuda?

Participante 2: Vantagem é sairmos de casa e acabarmos por ter reforços positivos nessa partilha e as pessoas que estão lá ajudam-nos muito. Não vejo nenhuma limitações porque acho que isto é, realmente, bastante saudável.

Investigador: Claro. Procura informar-se sobre a doença e os diferentes métodos de tratamento? Se sim, isso influencia o seu empoderamento?

Participante 2: Sinceramente, não procuro nesta fase informar-me sobre a doença. Apesar de ter bastante informação sobre outros tipos de tratamentos a recorrer para lidar com a doença, prefiro não me deixar consumir tanto pela situação.

Investigador: Vamos passar à prática do Reiki enquanto promotor de *empowerment*. Diga-me, faz apenas Reiki através de um Praticante? Auto Reiki ou ambos?

Participante 2: Eu faço ambos. Faço o auto – tratamento e pedi ajuda para que um praticante de Reiki experiente me fizesse a mim. Foi a partir daí que comecei a procurar a minha força

Investigador: E, porque começou a aplicar o tratamento de Reiki?

Participante 2: Primeiro porque psicologicamente seja isto efeito placebo ou não, o certo é que funciona. Dá-nos motivação, dá-nos tranquilidade e quando começamos a dominar pela positiva a nossa mente e os nossos pensamentos, isso ajuda-nos bastante, sendo que o Reiki faz isso: ele limpa a mente, dá-nos serenidade, tranquilidade, para conseguirmos pensar num dia de cada vez.

Investigador: Como tem sido para si esta experiência?

Participante 2: Fantástica! Muito boa mesmo. Com muita tranquilidade, muita assertividade e tem-me ajudado a crescer como pessoa.

Investigador: Então é dessa forma que o Reiki lhe proporciona empoderamento? E quais os seus benefícios e limitações?

Participante 2: Sim penso que já mencionei alguns aspectos...é mesmo o facto de conseguirmos controlar os nossos pensamentos e estarmos preparados para a luta do dia – a – dia

Investigador: Como se sente fisicamente e emocionalmente após a aplicação de Reiki?

Participante 2: Muito bem! Com o Reiki, fisicamente nunca tive efeitos secundários da Quimioterapia, só apenas num tratamento tive efeitos nefastos e foi numa semana em que eu não pude fazer o Reiki, coincidência ou não, eu só sei que nessa semana em que não pude fazer Reiki, tive de cama depois do tratamento convencional. E depois quando temos a nossa mente controlada e limpa, devido ao Reiki, conseguimos estar predispostos à força e com mais energia.

Investigador: Vamos passar há última questão: tem sentido, devido ao Reiki, um aumento na recuperação em virtude do processo de doença?

Participante 2: Sim! Há uma coisa extraordinária que aconteceu quando eu fiz a mastectomia e analisaram toda a minha glândula mamária e os nódulos que me retiraram da axila, aconteceu uma coisa que nunca aconteceu a ninguém: nem os gânglios e nem a glândula mamária tinham células cancerígenas...e isso nunca acontece, eles nunca viram uma coisa destas. Eles surpreenderam-se. E eu tenho quase a certeza absoluta de que isto foi obra do Reiki, pena não conseguir comprová-lo pela ciência. Só que o facto de estar tão tranquila, nunca ter tido efeitos secundários (para além da queda de cabelo) e a aplicação do Reiki directamente no nódulo, fez com que houvesse uma regressão bastante significativa no tumor.

Acho sinceramente que o Reiki deveria começar a ser mais usado e divulgado nos Hospitais, pois sendo ou não efeito placebo, certo é que ele resulta.

Investigador: Chegámos ao fim da nossa entrevista, e mais uma vez, agradeço o seu precioso contributo. **Participante 2:** De nada.

Participante 3 – P003L “25’59”

Investigador- Rita Évora Ferreira

Dados Sócio – demográficos

Idade: 27

Sexo: Feminino

Cidade onde reside: Odivelas

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Solteira

Escolaridade: Licenciatura em Enfermagem

Situação Profissional: Empregada

Diagnóstico: Cancro da tiroide

Data diagnóstico: Janeiro de 2013

Intervenção Cirúrgica: Sim

Tratamentos actuais: Reiki

Tratamentos do passado: Reiki

Entrevista 3

Investigador: Muito boa tarde. Antes de mais, muito obrigada pela sua participação nesta investigação, a sua ajuda e a sua colaboração serão preciosas para este estudo. Estamos a convidá-la a participar num estudo de investigação sobre o papel do Reiki no *Empowerment* de Pessoas com experiência de doença oncológica. As questões de entrevista têm como objectivo explorar o significado que atribui ao *empowerment*, que coisas ou pessoas têm influência no mesmo e de que forma este se associa à sua experiência na prática do Reiki. Como referido, os seus dados pessoais serão tratados de forma anónima e confidencial e é livre de abandonar o estudo se assim o desejar. Depois de termos falado aqui anteriormente sobre o conceito de *empowerment*, diga-me, o que significa para si ter um sentimento de *empowerment* na experiência da doença?

Participante 3: Então vamos lá: a doença inicialmente surgiu por volta dos 26 anos, foi-me dito na altura, pelo médico, que o tumor tinha resultados inconclusivos, não sabiam bem se era tumor, nódulo ou se não era. Até que decidiram fazer a cirurgia, uma vez que num exame de medicina nuclear, com contraste, encontraram a tiroide já um pouco desfeita, em que o nódulo já cobria a mesma. Então decidiram fazer a cirurgia, após esta, o nódulo foi para biópsia e aí concluíram realmente que era um carcinoma da tiroide. A partir daí propuseram-me vários tipos de tratamento, desde seis sessões de radioterapia e depois quimioterapia. Na altura, ainda tive pelo menos três dias a reflectir, se realmente queria ou não fazer o tratamento. O utente podia optar se queria ou não fazer isso...na altura eu decidi que não queria. Não queria porque já estava ligada ao Reiki, já tinha

feito as iniciações e então sabia que podia aplicar a mim própria, ou então recorrer a alguém que me fizesse. Pronto, e então depois de reflectir, aceitei a doença como ela era. Disse ao médico que não queria recorrer à quimioterapia, nem radioterapia, nem qualquer outro tipo de tratamento, só mesmo a medicação para controlar as hormonas da tiroide. E assim, comecei a fazer Reiki a mim mesma, auto tratamento e a incidir mais na área da garganta. Naquela altura, eu nem vi bem o tumor como uma doença, vi-o mais como uma condição de que eu poderia, de certa forma, ser responsável por isso, não na perspectiva de culpa, mas sim na perspectiva de responsabilidade pessoal. Eu não via doença como doença, vi-a como um grande desafio. Eu é que “mandava” na doença, não era a doença que “mandava” em mim. Eu tinha autoridade sobre ela e dizia “se vais sair daí, então sai”.

Investigador: Claro. E, que tipo de coisas faz, habitualmente, de forma a sentir-se mais empoderada?

Participante 3: Exercício físico, sobretudo. Não para esquecer, mas para me dar mais força, para me poder revitalizar. Comecei assim a fazer natação.

Tento ter muito cuidado com a alimentação, pois normalmente doenças como o cancro devem-se ter cuidado com certos alimentos. Até porque na incidência do cancro, 70% tem tudo a ver também com a alimentação que fazemos, 20% com causas emocionais e 10% causas desconhecidas. Então, a partir daí comecei a ter muito cuidado com a alimentação, primeiro tentar saber qual o meu grupo sanguíneo, quais os alimentos compatíveis com o meu grupo sanguíneo e também com os nossos órgãos. A disciplina na alimentação ajudou. Fiz muita meditação também, porque quem faz meditação no processo de doença consegue controlar e aceitar melhor a doença, uma vez que ela influencia os pensamentos. Ajuda a transformar aquilo que estamos a pensar negativamente no momento para encontrar o lado positivo da doença.

Investigador: Compreendo. Vamos falar agora acerca das coisas ou pessoas que têm influência no seu *empowerment*. Existe algum profissional de saúde, incluindo médicos, enfermeiros ou psicólogos que contribua para esse sentimento de empoderamento? E se sim, como é que eles ajudam-na a sentir-se assim?

Participante 3: Ora bem, na altura não me senti muito apoiada pelos médicos, encontrei o conforto mais nos enfermeiros. Não tive apoio dos médicos porque foram um pouco agressivos na forma de me diagnosticar a doença. Pessoalmente não quis psicólogos, embora tenham-me proposto, contudo não senti essa necessidade. Encontrei muito esse apoio na parte da enfermagem, uma vez que era a minha área, falando com as colegas, partilhando experiências.

Investigador: Tem alguém no seu seio familiar fez ou disse algo, que fizesse aumentar o seu poder? Se sim, como é que ele/ela contribuíram para o seu empoderamento?

Participante 3: Eu senti-me bem acompanhada a nível familiar, ajudaram-me bastante, ao nível dos pais, do meu companheiro em que ajudaram-me muito a ultrapassar esta situação. Disseram-me para não deixar levar pela doença e que seria só mais um desafio que eu ia ultrapassar. Na parte dos tios não quiseram saber e até ignoraram a questão e mesmo aí podia-me ter ido abaixo e não fui.

Investigador: E algum dos seus amigos (as) disse ou fez algo que lhe tenha feito sentir-se empoderada? Se sim, como é que ele/ela aumentou o seu poder?

Participante 3: Claro. Os amigos foram um excelente apoio. Os amigos também foram uma fase importante nessa altura. Eu não quis muito preocupá-los, digamos assim, mas eles depois acabaram por saber da doença após a cirurgia. Eles para me empoderar faziam com que eu fosse sair com eles, tomar um café, não abordavam o assunto, embora quando eu quisesse falar, eles dirigiam-se a mim sem pena ou vitimização. Só o facto de eles terem tido aquela atitude positiva comigo também me ajudaram a ser mais positiva e confiante ao olhar para a vida de outra forma e encarar a doença como algo passageiro.

Investigador: Participa em grupos de ajuda mútua? Se sim, o que é que a levou a juntar-se a estes grupos?

Participante 3: Não participo em grupos de apoio, por opção própria, pois normalmente os grupos são bons mas ainda olham com “tristeza” para a doença. Ou seja, ajudam e não ajudam ao mesmo tempo. No meu entender, o foco normalmente é virado para a vitimização, olham para as pessoas como vítimas. Esta é a grande desvantagem. No entanto, vejo vantagens pelo facto das pessoas poderem sair mais relaxadas, porque exteriorizaram e desabafaram.

Investigador: Compreendo. Procura informar-se sobre a doença e os diferentes métodos de tratamento? Se sim, isso influencia o seu empoderamento?

Participante 3: Acho que obter informação acerca da doença e sobretudo sobre os vários tipos de tratamento é fundamental para ganharmos controlo e competências para lidar melhor com a situação, e por isso nunca deixo de procurar saber mais acerca dos métodos de tratamento complementares, tendo um especial interesse pela Homeopatia, Acunpunctura, Shiatsu, Tai – chi e, claro, meditação associada ao Reiki.

Investigador: Vamos passar então à prática do Reiki enquanto promotor de *empowerment*. Diga-me, faz apenas Reiki através de um Praticante? Auto Reiki ou ambos?

Participante 3: Ambos! Faço através de um Praticante e também auto – cura.

Investigador: Porque começou a aplicar o tratamento Reiki?

Participante 3: Eu na altura já era iniciada em Reiki, como Mestre de Reiki. Já conhecia as vantagens do tratamento de Reiki e também aplicava a utentes meus da minha área e, no momento em que me apareceu a doença, eu pensei: “se eu aplico a outras pessoas e resulta, tendo já comprovado o benefício do mesmo em outras doenças, “ porque não fazer a mim?”. A partir daí, comecei a aplicar a mim própria.

Investigador: E como tem sido para si esta experiência?

Participante 3: Bastante positiva. Não me arrependo da escolha que fiz ao ter recusado a quimioterapia e a radioterapia, olhando atrás o Reiki deu-me a oportunidade pensar na doença de outra forma; aceitar o meu corpo de outra forma, enfim, para mim foi como se fosse uma luz ao fundo do túnel. Quando os médicos dizem “tens três anos de vida”, o Reiki faz-me dizer “não, tu tens uma vida pela frente”.

Investigador: E para além disso que mencionou, de que forma o Reiki lhe proporciona um sentimento de *Empowerment*? E quais são para si os benefícios e limitações?

Participante 3: Posso dizer que para além do sentimento de esperança, eu olho para o Reiki com carinho, tanto que eu comecei a aplicar Reiki como um acto de amor e de carinho, dizendo a mim mesma “se tens uma doença, tu precisas de afecto e de atenção”, e é isso que o Reiki nos traz, é uma inter – ajuda a nós próprios. Muitas vezes não somos capazes de pedir ajuda ao vizinho do lado e o Reiki dá-nos um entendimento de que temos capacidade de nos ajudarmos e que não precisamos de procurar alguém, de certa forma, além da força, promove uma autonomia. Na verdade, a recuperação está dentro de nós e mesmo estando estabilizada eu continuo a fazer Reiki todos os dias. Ao fim ao cabo, o Reiki também ajuda-te a meditar, porque ao fazer um auto – tratamento, comesas por meditar ao mesmo tempo.

Daí eu o aplicar todos os dias da minha vida, porque quando nos auto – tratamos já se dá uma transformação do pensamento no sentido positivo, a questão que colocamos imediatamente é “como é que te vou tratar? Como é que te vou libertar (emocionalmente)?”, porque ao fim ao cabo, o Reiki também é uma libertação de nós mesmos.

Investigador: Vê alguma limitação no Reiki?

Participante 3: Nenhuma, pode-se usar sempre.

Investigador: Como se sente fisicamente e emocionalmente após a aplicação de Reiki?

Participante 3: Fisicamente sinto-me mais estável, relaxada, tranquila, por vezes, um pouco mais sonolenta, o que é normal. O Reiki ajuda a libertar a tensão física, acalma, reduz a ansiedade. Faz com que vivamos mais o presente, num dia de cada vez. Não vivendo na ansiedade do futuro e na tristeza do passado.

Investigador: Vamos passar à última questão: tem sentido, devido ao Reiki, um aumento na recuperação decorrente do processo de doença?

Participante 3: Sim, como referi anteriormente, tem sido um processo gradual de melhorias. Têm-se intensificado mais ao longo deste último ano e bastante positivas. No início do processo de doença houve algumas alterações físicas e emocionais, como é óbvio, físicas: aumento de peso; não houve queda de cabelo, apenas fraqueza no cabelo, uma vez que não recorri à Quimioterapia e só apliquei Reiki. Notou-se a pele amarelada, cansaço físico e desde que tenho feito o tratamento de Reiki até aos dias de hoje: já perdi peso (de 10 kg aumentados perdi 6kg), já recuperei a cor da pele e o cabelo está mais forte. Pouco a pouco vou recuperando, é claro, progressivamente.

Investigador: Chegámos ao fim da nossa entrevista e, mais uma vez, agradeço o seu precioso contributo.

Participante 3: Eu é que agradeço. Obrigada eu.

Participante 4 – P004L “31’50”

Investigador- Rita Évora Ferreira

Dados Sócio – demográficos

Idade: 55

Sexo: Feminino

Cidade onde reside: Amadora

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Casada

Escolaridade: Licenciatura em História

Situação Profissional: Desempregada

Diagnóstico: Cancro da mama

Data diagnóstico: Agosto de 2011

Intervenção Cirúrgica: Sim
Medicação preventiva.

Tratamentos actuais: Reiki. Outros: Meditação, Mesoterapia,

Tratamentos do passado: Quimioterapia; Radioterapia; Reiki. Outros: Fisioterapia; Drenagem linfática.

Entrevista 4

Investigador: Muito boa tarde. Antes de mais, muito obrigada pela sua participação nesta investigação, a sua ajuda e a sua colaboração serão preciosas para este estudo. Estamos a convidá-la a participar num estudo de investigação sobre o papel do Reiki no *Empowerment* de Pessoas com experiência de doença oncológica. As questões de entrevista têm como objectivo explorar o significado que atribui ao *empowerment*, que coisas ou pessoas têm influência no mesmo e de que forma este se associa à sua experiência na prática do Reiki. Como referido, os seus dados pessoais serão tratados de forma anónima e confidencial e é livre de abandonar o estudo se assim o desejar. Depois de termos falado aqui anteriormente sobre o conceito de *empowerment*, diga-me, o que significa para si ter um sentimento de *empowerment* na experiência da doença?

Participante 4: Passei por todo esse processo em que tive vários momentos e situações às quais senti que tinha de agir ativamente. No momento em que eu aceitei a doença, entendi o que ela me fazia sentir e até que ponto o que me poderia ter provocado a doença. E isso depois deu-me poder, ao longo das várias situações em si, ao compreender o que eu poderia fazer para lidar com ela e ultrapassá-la.

Investigador: E, que tipo de coisas faz, habitualmente, de forma a sentir-se mais empoderada?

Participante 4: Já estou no processo pós – tratamentos, passei por todas as sessões de Quimioterapia, Radioterapia dolorosas. Agora estou numa fase mais calma e tranquila, estou muito mais activa, com muito mais força, com mais energia. Como possuo agora mais energia física, isso faz-me sair daquele universo todo de sofrimento e de idas ao IPO, muito desgastante, e isso liberta-me para outras coisas. Durante o processo, aquilo que eu fazia, simplesmente, para me dar alguma força era: procurar respostas para aquilo que me estava a acontecer; aceitar e enfrentar tudo isso, retirando o significado da “razão de me estar a acontecer isto”. Foi um processo muito mental e emocional de auto – conhecimento, no qual o Reiki também me proporcionou isso, através de um grupo de Reiki que me acompanhou nesse sentido e fiz meditação que me ajudou nesse processo de ir ao meu encontro e ouvir as respostas dentro de mim para obter essa força de seguir em frente. É importante encontrar o poder dentro de mim e como o meu Mestre de Reiki diz “ser a rainha do meu reino”. Compreendi nessa altura por mim mesma, mas com a ajuda do meu Mestre, que eu

poderia modificar os meus pensamentos e as minhas emoções também deram origem à minha doença, na medida em que, eu reprimia muitas emoções, eu punha sempre os outros em primeiro lugar e tinha que acreditar em mim.

Investigador: Vamos falar agora acerca das coisas ou pessoas que têm influência no seu *empowerment*. Existe algum profissional de saúde, incluindo médicos, enfermeiros ou psicólogos que contribua para esse sentimento de empoderamento? E se sim, como é que eles ajudam-na a sentir-se assim?

Participante 4: Profissionais de saúde...posso dizer com a experiência que tive no IPO de Lisboa, não recebi muito suporte ao nível dos médicos, recebi sim, sobretudo na área de enfermagem. Posso dizer ainda que devido a umas complicações com a quimioterapia, ao fim de 3 semanas de tratamento, tive uma infecção brônquica, devido à diminuição do sistema imunitária. Efectivamente, quando eu coloquei essa situação ao médico, foi-me dito “por mim tudo bem, os resultados das análises estão boas”...eu achei ali que isso não era o mais importante, é claro que é importante que as análises estejam boas, é sinal que o nosso organismo está preparado para receber uma dose elevada de químicos, mas nós psicologicamente também temos que nos sentir bem e eu não me senti assim. Já da parte dos enfermeiros disseram-me que eu tinha a liberdade de optar se queria, realmente, recorrer ao processo novamente. Isso motivou-me e deu-me liberdade de escolha, para mim na altura foi fundamental.

Investigador: Tem alguém no seu seio familiar fez ou disse algo, que fizesse aumentar o seu poder? Se sim, como é que ele/ela contribuíram para o seu empoderamento?

Participante 4: Sim. Várias pessoas da minha família, o meu marido em primeiro lugar, ele está comigo totalmente e partilha todo o processo comigo. Esteve sempre comigo em todos os tratamentos, cada consulta, cada espera, chegou a ficar comigo catorze horas no Hospital. Dia e noite comigo, sobretudo de noite em que foram tantas noites mal dormidas, às vezes só a presença dele era suficiente. Para além disso, eu tive que lidar com a dependência dos cuidados dele, com a falta de autonomia e isso para mim era muito difícil e desesperante. Tive também o apoio do meu filho, apoio esse incondicional. Ao nível de uma irmã, que me apoiou muito também, inclusivamente, ela transmitia-me Reiki.

Investigador: E algum dos seus amigos (as) disse ou fez algo que lhe tenha feito sentir-se empoderada? Se sim, como é que ele/ela aumentou o seu poder?

Participante 4: Tive muitos amigos que me apoiaram, mandavam-me mensagens, ligavam-me e estavam realmente envolvidas nesse processo. Eu sentia uma espécie de rede, em que um amigo estava ligado a outro e sucessivamente e isso dava-me uma força enorme.

Investigador: Participa em grupos de ajuda mútua? Se sim, o que é que a levou a juntar-se a estes grupos?

Participante 4: Participo, especificamente, num grupo de Reiki, não é um grupo propriamente fechado, é aberto e flexível. A minha irmã na altura indicou-me o Centro, onde se insere esse grupo. As pessoas estão lá, descolam-se sem nenhuma obrigação, estamos sempre a conhecer pessoas novas.

Investigador: Como é que a participação em grupos de ajuda mútua tem influência no seu *empowerment*? E quais as suas vantagens e limitações?

Participante 4: O grupo que referi anteriormente foi muito importante, encontrávamo-nos pontualmente às 6^{as} feiras para meditarmos e o Mestre de Reiki fez a minha integração nesse grupo, promovendo a partilha do grupo em relação àquilo pelo qual estava a passar. Eu sentia-me muitas vezes especial, embora nem fizesse questão de chamar a atenção, e o Mestre, muitas vezes, promovia essa partilha de energia, com os outros praticantes de Reiki. Neste contexto de grupo, nós sentimos que o nosso coração coloca a intenção de fazermos bem ao outro, de o ajudarmos. Eu sentia essa força do grupo, de uma forma individual e colectiva, na medida em que, todos tinham interesse em se ajudar uns aos outros, davam palavras de estímulo. Muitos deles ligados à saúde, essencialmente, enfermeiros.

Investigador: Procura informar-se sobre a doença e os diferentes métodos de tratamento? Se sim, isso influencia o seu empoderamento?

Participante 4: Sim na altura foi crucial ter alguém que me desse essas informações, ainda que tivesse sido opção minha, a escolha de diferentes métodos de tratamento. Curiosamente, no início eu pretendia saber muitas coisas mas depois o meu filho perguntou-me “queres saber até aonde?”, ao qual eu disse “até onde me sinta confortável me satisfaça realmente as duvidas que tenho no momento”, e ele disse “repara, vê até aonde queres saber, pois isso é um mundo e às vezes muita informação pode ser uma desvantagem”, porque depois a pessoa começa a ler e começa a saber aquilo que pode causar consequências, dos tratamentos e tudo isso. Portanto, é importante procurarmos saber, na medida do possível. Apesar disso, vejo muitas vantagens na procura de informação: dá-nos poder, na medida em que a pessoa passa a saber aquilo com que pode contar. Dá-nos confiança e incumbe-nos de determinadas ferramentas para enfrentarmos o problema. Dá-nos conhecimento também, nem que seja só parcial.

Investigador: Vamos passar então à prática do Reiki enquanto promotor de *empowerment*. Diga-me, faz apenas Reiki através de um Praticante? Auto Reiki ou ambos?

Participante 4: Ambos

Investigador: Porque começou a aplicar o tratamento Reiki?

Participante 4: Eu já tinha o nível 2 de Reiki, logo já fazia auto - tratamento. Para mim o auto Reiki é uma forma de avaliar o meu corpo, faz com que eu direcione a minha atenção nele. Eu antes dava muito pouco valor ao meu corpo, aos sinais, aos alertas, enfim, achava que o corpo tinha de acompanhar o nosso ritmo acelerado. Comecei a aplicar, porque, para já, sentia um grande alívio local e gradualmente isso permitia-me um relaxamento, calma interior, tranquilidade para enfrentar melhor o que está a acontecer.

Investigador: E como tem sido para si esta experiência com o Reiki?

Participante 4: Em uma palavra: brutal! Se já foi uma experiência interior muito forte e espiritual para mim quando recebi, ter comigo essa ferramenta no processo, foi para mim uma mais valia que não tem preço. Bom, para começar, eu acredito que nada é por acaso, logo eu sei que se não tivesse tido esta ferramenta seria muito mais difícil para mim suportar, porque o Reiki faz despertar individualmente forças e poderes dentro de nós, espirituais, que depois cada um pode relacionar da forma espiritual que entender.

Investigador: E para além disso que mencionou, de que forma o Reiki lhe proporciona um sentimento de *Empowerment*? E quais são para si os benefícios e limitações?

Participante 4: Adquirimos uma filosofia e uma atitude perante a vida, de mudança de pensamentos que começamos a procurar dentro de nós. No meu lado racional, também é importante compreender a que nível o Reiki actua, que é difícil de explicar, porque estamos a trabalhar com energias muito subtis. Embora já existam aparelhos *keirlian* que detectem essas mesmas energias das mãos. O Reiki despoletou muitas forças interiores que eu sabia que tinha em mim e outras que vim a descobrir.

Investigador: Como se sente fisicamente e emocionalmente após a aplicação de Reiki?

Participante 4: Emocionalmente sinto uma grande paz, tranquilidade e estas permitem-me estar consciente do meu corpo, daquilo que eu estou a sentir nesse momento. Seja uma dor, seja um enjoo, tenho consciência. E depois dá-me também um relaxamento muito grande e, ao mesmo tempo, um alívio directamente na dor que faz-me controlar a doença. Que muitas vezes ao nível das dores fortes é um alívio gradual, não é imediatamente após a aplicação de Reiki. Quando são dores mais ligeiras, o alívio é instantâneo. Mas eu isto sei que tem a ver com a parte emocional, esta parte é muito importante para o alívio da dor física. A força do pensamento é, realmente, poderosa.

Investigador: Vamos passar à última questão: tem sentido, devido ao Reiki, um aumento na recuperação decorrente do processo de doença?

Participante 4: Sim, primeiro ter abertura da mente para as coisas que estão a acontecer, a consciência da situação. Em termos físicos, sinto um alívio na dor, essencialmente. Já agora, eu gostaria de contar a minha experiência pessoal, que comprova o que estou a dizer. Numa forma mais emblemática posso mostrar o quanto o Reiki foi importante para esse processo de recuperação. Nos últimos oito tratamentos eu fiz trinta e três sessões de Radioterapia convergida para o núcleo específico onde os médicos acreditavam estar localizado o tumor. Criei uma cicatriz enorme, com a pele sempre inflamada que originou uma necrose. Colocava vários cremes e não resolviam. Então o que acontece é que como houve uma maior convergência de energia Reiki para essa área, passados dois meses de tratamento, depois de eu ter aceiteado a situação e com a ajuda de outros Praticantes, a ferida, pura e simplesmente, sarou.

Investigador: Chegámos ao fim da nossa entrevista e, mais uma vez, agradeço o seu precioso contributo.

Participante 4: Obrigada eu.

Participante 5 – P005L “15’24”

Investigador- Rita Évora Ferreira

Dados Sócio – demográficos

Idade: 46

Sexo: Feminino

Cidade onde reside: Odivelas

Nacionalidade: Portuguesa

Estado Civil: Casada

Escolaridade: Mestrado em Necessidades Educativas

Especiais

Situação Profissional: Empregada

Diagnóstico: Cancro no sistema linfático

Data diagnóstico: Fevereiro de 2011

Intervenção Cirúrgica: Não

Tratamentos actuais: Reiki. Outros: Meditação

Tratamentos do passado: Quimioterapia; Radioterapia; Reiki. Outros: Cura quântica

Entrevista 5

Entrevistador: Muito boa tarde. Antes de mais, muito obrigada pela sua participação nesta investigação, a sua ajuda e a sua colaboração serão preciosas para este estudo. Estamos a convidá-la a participar num estudo de investigação sobre o papel do Reiki no *Empowerment* de Pessoas com experiência de doença oncológica. As questões de entrevista têm como objectivo explorar o significado que atribui ao *empowerment*, que coisas ou pessoas têm influência no mesmo e de que forma este se associa à sua experiência na prática do Reiki. Como referido, os seus dados pessoais serão tratados de forma anónima e confidencial e é livre de abandonar o estudo se assim o desejar. Depois de termos falado aqui anteriormente sobre o conceito de *empowerment*, diga-me, o que significa para si ter um sentimento de *empowerment* na experiência da doença?

Participante 5: A doença, ou a consciência dela...trouxe-me uma, ainda, maior consciência da necessidade de alterar a minha percepção da vida e a forma como escolho vivenciar as minhas experiências. A forma como encaro a vida, de forma empoderadora, permite-me entender a doença como uma forma de evoluir e de aprender.

Investigador: E, que tipo de coisas faz, habitualmente, de forma a sentir-se mais empoderada?

Participante 5: Bem, para além da prática regular de Reiki, de auto Reiki e como utilizadora, pratico meditação diariamente. Faço tratamentos de cura quântica e alterei para melhor a minha alimentação, tendo deixado, completamente, de comer carne e alguns alimentos processados. Consumindo apenas alimentos biológicos. Faço desporto com alguma regularidade, de acordo com as minhas possibilidades em termos físicos. De resto, leio, descanso e vivo feliz com os que mais amo. É desta forma que detenho poder.

Investigador: Vamos falar agora acerca das coisas ou pessoas que têm influência no seu *empowerment*. Existe algum profissional de saúde, incluindo médicos, enfermeiros ou psicólogos que contribua para esse sentimento de empoderamento? E se sim, como é que eles ajudam-na a sentir-se assim?

Participante 5: Os médicos que me acompanham no IPO têm sido fantásticos. Apoiam as minhas opções, decisões e respeitam integralmente a minha forma de estar na vida. Sinto-me respeitada, bem cuidada e bem esclarecida. Contribuem para um aumento de poder, na medida em que fico com mais controlo na doença, ao fornecerem-me toda a liberdade para poder fazer as minhas escolhas.

Investigador: Compreendo. Tem alguém na família que fez ou disse algo, que tenha feito aumentar o seu poder? Se sim, como é que ele/ela contribuíram para o seu empoderamento?

Participante 5: Sem dúvida. O meu filho, o meu marido, a minha família têm sido fontes de força e na vontade de lutar. O facto de me sentir amada e querida ajuda-me a aceitar este momento e até

a vivenciá-lo como um momento que sendo menos feliz traz-me algumas coisas boas e faz-me ver a vida de outra forma.

Investigador: Algum dos seus amigos(as) disse ou fez algo que lhe tenha feito sentir-se empoderada? Se sim, como é que ele/ela aumentou o seu sentimento de poder?

Participante 5: Os meus amigos nunca me abandonaram, nunca me deixaram ficar sozinha, estão ali, desde o início comigo. Eles dão-me colo e força e, obviamente, isso permite-me aceitar a doença e vivenciá-la de forma completamente diferente.

Investigador: Participa em grupos de ajuda mútua? Se sim, o que é que a levou a juntar-se a estes grupos?

Participante 5: Não participo.

Investigador: Procura informar-se sobre a doença? Se sim, de que forma isso tem influência no seu empoderamento?

Participante 5: No início da doença procurei junto dos médicos toda a informação que julguei necessária. Procurei até uma segunda e terceira opiniões...a partir daí escolhi não procurar mais informação e optei por lutar até ao limite para ficar bem de saúde e superar este momento menos bom. Dessa forma escolhi viver o momento presente da forma mais equilibrada e saudável possível, o presente que é tudo o que temos agora, e dedicar tempo a mim e à minha família. No entanto, reconheço que a informação foi claramente uma mais-valia, no sentido de me ter permitido recorrer a outro tipo de métodos de tratamento.

Investigador: Vamos passar agora ao Reiki. Faz Reiki através de um Praticante? auto – reiki? ou ambos?

Participante 5: Faço ambos

Investigador: Porque começou a aplicar o tratamento de Reiki?

Participante 5: Eu já era praticante regular, apenas intensifiquei os tratamentos em alturas de crise ou em alturas de tratamentos agressivos.

Investigador: E como tem sido para si esta experiência?

Participante 5: Muito enriquecedora mesmo, a vários níveis: físico, psicológico e emocional.

Investigador: Então e de que forma o Reiki lhe proporciona um sentimento de *Empowerment*?

Participante 5: O Reiki alterou a minha vida há cerca de 18 anos, altura em que comecei a fazer tratamentos de Reiki. Posteriormente decidi fazer os três níveis para ser-me possível ajudar os outros também. Desde essa altura toda a minha forma de ver e pensar a vida foi alterada e, a meu ver, para melhor. Encaro a vida com mais optimismo e positividade! Entendo agora que cada experiência, por mais difícil que possa parecer aos nossos olhos, é uma oportunidade única de transformação pessoal, acredito que em tudo há um propósito na vida!

Investigador: Acrescentando ao que referiu, quais são para si os benefícios e limitações do Reiki?

Participante 5: Benefícios são obviamente muitos. Fisicamente, tenho melhor qualidade de vida, sono repousado; melhor qualidade respiratória; melhor consciência corporal...alinhamento dos *chakras*; também maior equilíbrio alimentar; equilíbrio físico; alívio da dor, etc. Mentalmente fiquei com mais calma; harmonia; auto disciplina; melhor auto estima; paz interior e alívio do stress. Mas também tenho uma maior capacidade de gerir as dificuldades...parece que tenho outra forma de encarar a vida e depois um sentimento de gratidão permanente. Absolutamente em paz! Limitações? Sinceramente não consigo encontrar.

Investigador: Esses são para si os efeitos físicos e emocionais que o Reiki lhe proporciona e tem sentido, devido ao Reiki, um aumento na recuperação decorrente do processo de doença?

Participante 5: A minha perceção, claramente, diz-me que sim...os efeitos secundários da doença foram menos visíveis: menos vômitos; menos alterações de humor; maior capacidade e resistência física, auto – estima; melhor e mais rápida recuperação entre os ciclos de tratamento convencional.

O Reiki alterou tudo na minha vida...os momentos de tratamento fazem parte dessa mudança.

Investigador: Chegámos ao fim da nossa entrevista e, mais uma vez, agradeço o seu precioso contributo.

Participante 5: Disponha sempre.

Anexo Q – Fase III – Análise dos Dados por Temas e Sub-Temas

Fase III – (cores associadas)

Dimensão Intrapessoal

1- Controlo (laranja cor 6 25% negrito + amarelo)

- Tomada de decisão (azul claro)
- Responsabilidade pessoal (preto negrito)
- Diminuição do *stress* físico e psicológico (vermelho)

2- Transformação de Pensamentos (laranja cor 6 25% negrito + verde claro)

- Pensamento positivo (azul)
- Esperança (rosa negrito)
- Aceitação da doença (branco)
- Auto – estima (preto negrito)
- Confiança (rosa choque negrito)

3- Crescimento Espiritual (laranja cor 6 25% negrito + azul claro)

- Transformação interior (azul)
- Harmonia (preto negrito)
- Atribuição de significado e propósito à vida (vermelho negrito)

Dimensão Interaccional

1- Aquisição de Conhecimentos e Skills (laranja cor 6 25% negrito + roxo)

- Informação dos diferentes métodos de tratamento (azul claro)
- Ferramentas de auto – ajuda (branco)

2- Redes de Apoio (laranja cor 6 25% negrito + castanho)

- Família / Cônjuge (azul claro)
- Amigos (verde pálido)
- Profissionais de saúde (branco)

Dimensão Comportamental

Envolvimento Activo (branco + cinzento 25%)

- Exercício físico (azul)
- Melhoria na alimentação (roxo negrito)
- Meditação (verde negrito)
- Reiki (amarelo)
- Lazer (vermelho)

GAM e GAR (branco + vermelho)

- Ajudar os outros (azul)
- Partilhar experiências (amarelo)
- Sentimento de pertença (verde)
- Informação (branco + cinzento escuro)