



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Ana Luísa Marques Pereira

Influência do Reiki na Perceção da  
Qualidade de Vida e Dor na Pessoa  
Idosa Institucionalizada

Dissertação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e  
Paliativos orientada pela Professora Doutora Marília Assunção  
Rodrigues Ferreira Dourado e apresentada  
à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Julho de 2019



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE D  
**COIMBRA**

Ana Luísa Marques Pereira

# Influência do Reiki na Perceção da Qualidade de Vida e Dor na Pessoa Idosa Institucionalizada

Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientadora: Professora Doutora Marília Dourado

Coimbra, 2019



## **Agradecimentos**

A realização desta dissertação de mestrado contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado uma realidade e aos quais estarei eternamente grata.

Entrego o meu Luminoso agradecimento em primeiro lugar ao Universo e a Deus por me ajudar a ter forças e não desistir. À minha orientadora, Professora Doutora Marília Dourado por me ter prestado apoio e dado a motivação para seguir em frente, assim como ao Professor Francisco Caramelo por ter partilhado comigo conhecimentos preciosos para que este estudo fosse realizado. De seguida agradeço ao meu noivo Tiago Lopes porque sei que está sempre do meu lado em todas as fases da vida.

Não posso deixar de agradecer também à minha amiga e colega Ana Mesquita que foi sempre incansável em todos os momentos.

À minha mestre de Reiki, Ermelinda Peixoto por me ter iluminado e dado um novo sentido à minha vida.

Aos meus pais e irmã que sempre estiveram do meu lado.

A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização desta investigação, fica a minha gratidão.



**“O essencial é invisível aos olhos” (Antoine de Saint-Exupéry)**



## **Resumo**

**Introdução:** A população idosa é mais suscetível ao desenvolvimento de dor uma vez que estão mais expostos a traumatismos e doenças crônicas degenerativas, o que irá influenciar negativamente a percepção que tem acerca da qualidade de vida.

O Reiki é uma terapia complementar que tem vindo a demonstrar grandes benefícios quando utilizadas como auxílio no tratamento de diversas doenças o que, segundo alguns, se reflete em ganhos de qualidade de vida.

**Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo avaliar se a prática do Reiki, como terapia complementar, contribui e tem impacto na percepção da dor e qualidade de vida de pessoas idosas institucionalizada.

**Métodos e Material:** Este é um estudo descritivo-exploratório, seguindo uma abordagem quantitativa. A amostragem de caráter exploratória incluiu 35 indivíduos (24 mulheres e 11 homens), com idade média de 86 anos, a quem foram aplicadas duas séries de tratamento Reiki. Os instrumentos de avaliação WHOQOL- Bref e a Escala de Faces foram aplicados em 3 momentos distintos: antes do início do primeiro tratamento (A); no fim da 4ª sessão (B) e no fim das 8 sessões (C).

**Resultados:** Verificaram-se diferenças significativas nas três fases (A, B e C), em todos os domínios do WHOQOL-Bref, domínio Geral, Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiental e na Escala de Faces (Dor).

**Conclusão:** Os idosos institucionalizados que participaram no estudo demonstraram uma melhoria na percepção da qualidade de vida e revelaram também sentir menos dor.

**Palavras-chave:** Reiki, Idosos, Qualidade de Vida, Dor, Institucionalização.





## **Abstract**

**Introduction:** The elderly population is more susceptible to the development of pain, once they are more exposed to injuries and degenerative chronic diseases, which is going to influence negatively their live quality perception.

Reiki is a complementary therapy that has been showing great benefits when used has a help in treatment of several diseases, which according to some authors is reflected in gains in quality of life.

**Objective:** The objective of this study is to evaluate if the practice of Reiki, as complementary therapy, contributes and has an impact on the perception of pain and quality of life of institutionalized elderly people.

**Methods and participants:** This is a descriptive-exploratory study following a quantitative approach. The exploratory sampling included 35 individuals (24 women and 11 men), with an average age of 86 years, who were given two Reiki treatments series. The WHOQOL - Bref assessment instruments and the Face Scale were applied at 3 different moments: before the beginning of the first treatment (A), at the end of 4<sup>th</sup> session (B) and at the end of 8<sup>th</sup> sessions (C).

**Results:** Significant differences were found in the 3 stages (A, B and C) in every domains of WHOQOL-Bref, general domain, physical, psychological, social relations, environmental and face scale (pain).

**Conclusion:** The institutionalized elderly, which participated in this study, demonstrated an improvement in life quality perception and revealed less pain.

**Keywords:** Reiki, elderly, life quality, pain, institutionalization.



## **Lista de Siglas**

**IASP** - *International Association for the Study of Pain*

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**NCCAM** - *National Center for Complementary and Alternative Medicine*

**QdV** - Qualidade de Vida

**SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*

**WHO** - Organização Mundial da Saúde

**WHOQOL** - *World Health Organization Quality of Life Group*



## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Impacto da dor nas diversas dimensões do ser Humano (Ribeiro, 2014) Cativo (2015) .....	6
Tabela 2 - Principais diferenças entre a dor nociceptiva e a dor neuropática (Adaptado de Cativo, 2015).....	7
Tabela 3 - Principais patologias associadas à dor, divididas por caracterização da dor (Adaptado de Gomes & Teixeira, 2006 .....	8
Tabela 4 - Características sociodemográficas dos participantes e respostas ao questionário WHOQOL-Bref.....	17
Tabela 5 - Percepção individual do estado de saúde aquando da realização do estudo. Respostas ao questionário WHOQOL-Bref.....	19
Tabela 6 - Respostas ao questionário WHOQOL-Bref relativamente ao tempo da doença, forma de administração do questionário e regime de tratamento.....	20
Tabelas 7 - Análise descritiva das respostas aos domínios do WHOQOL-Bref, da primeira fase (A).....	21
Tabela 8 - Análise descritiva das respostas aos domínios do WHOQOL-Bref, da segunda fase (B).....	21
Tabela 9 - Análise descritiva das respostas aos domínios do WHOQOL-Bref, da terceira fase (C).....	22
Tabela 10 - Análise descritiva das respostas à escala de faces nas três fases (A, B e C).....	22
Tabela 11 - Testes de Normalidade, da primeira fase .....	23
Tabela 12 - Teste de Normalidade, da segunda fase (B).....	23
Tabela 13 - Teste de Normalidade, da terceira fase (C).....	24
Tabela 14 - Análise de variâncias repetidas ANOVA ao domínio Geral, Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiental de Escala de Faces (Dor) nas três fases, teste de esfericidade de Mauchly.....	24
Tabela 15 - Comparação por método Pairwise, Domínio Geral nas três fases (A, B e C).....	25
Tabela 16 - Comparação por método Pairwise, Domínio Ambiental nas três fases (A, B e C).....	25

Tabela 17 - Comparação por método Pairwise, Domínio Físico nas três fases (A, B e C).....	26
Tabela 18 - Comparação por método Pairwise, Domínio Psicológico nas três fases (A, B e C).....	26
Tabela 19 - Comparação por método Pairwise, Domínio Relações Sociais nas três fases (A, B e C).....	27
Tabela 20 - Comparação por método Pairwise, Escala de Faces (Dor) nas três fases (A, B e C).....	27
Tabela 21 - Testes de efeitos dentre- sujeito para verificar se existe efeito entre as diferentes fases do domínio Geral.....	28
Tabela 22 - Testes de efeitos dentre- sujeito para verificar se existe efeito entre as diferentes fases do domínio Ambiental.....	28
Tabela 23 - Testes de efeitos dentre- sujeito para verificar se existe efeito entre as diferentes fases do domínio Físico.....	29
Tabela 24 - Testes de efeitos dentre- sujeito para verificar se existe efeito entre as diferentes fases do domínio Psicológico.....	29
Tabela 25 - Testes de efeitos dentre- sujeito para verificar se existe efeito entre as diferentes fases do domínio das Relações Sociais.....	30
Tabela 26 - Testes de efeitos dentre- sujeito para verificar se existe efeito entre as diferentes fases da Escala de Faces (Dor).....	30

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Escala de Faces de Wong- Baker.....	39
--	----

## Índice

Introdução .....	1
1. Abordagem teórica .....	3
1.1 Idoso Institucionalizado.....	3
1.2 Qualidade de vida nos idosos.....	3
1.3 Dor nos idosos .....	5
1.4 Reiki .....	8
2. Abordagem Metodológica.....	13
2.1 Questão da Investigação .....	13
2.2 Objetivos da Investigação .....	13
2.3 Tipo de estudo .....	13
2.4 População alvo .....	13
2.5 Amostra .....	14
2.6 Métodos.....	14
2.6.1 Instrumentos de colheitas de dados .....	14
2.6.2 WHOQOL-Bref .....	14
2.6.3 Escala de Wong-Baker Faces .....	15
2.7 Procedimentos.....	15
2.7.1 Fase de Constituição da Amostra.....	15
2.7.2 Fase de Recolha de Dados .....	15
2.7.3 Procedimentos legais e éticos .....	16
2.7.4 Análise estatística de dados .....	16
3. Resultados.....	17
4. Discussão .....	31
5. Conclusão.....	33
6. Bibliografia.....	35
ANEXO I - Escala de Wong-Baker Faces.....	39
ANEXO II - Modelo de Consentimento Informado .....	41
ANEXO III - Autorização Comissão de ética FMUC.....	49
ANEXO IV - WHOQOL-BREF.....	51





## Introdução

O aumento da esperança média de vida, e o conseqüente envelhecimento da população está associado ao declínio progressivo das capacidades funcionais e cognitivas, com perda de autonomia e progressiva dependência, levando frequentemente à institucionalização. Este é um recurso que os idosos podem encarar como fator desenraizador, que os afasta das suas redes sociais, que lhes desencadeia stresse e que os leva a sentirem-se sós e insatisfeitos. Por estas razões a qualidade de vida (QdV), que de acordo com a *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL) é “a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores em que vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, é cada vez mais uma preocupação no que se refere à população mais idosa. (Soares e Amorim, 2015) Do mesmo modo, na população envelhecida merece especial destaque a dor, especialmente a dor crónica, como fator limitador das atividades de vida diária, e causadora de distúrbios do sono e ansiedade, entre outros, e pela repercussão negativa que tem na QdV. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain* - IASP) define a dor como uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada ou não a lesão dos tecidos e relacionada com a memória individual, expectativas e emoções de cada indivíduo. (Celich & Galon, 2009) O controlo da dor é, neste contexto, fundamental para a QdV e conforto e recuperação funcional.

O Reiki é classificado pelo *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), como uma terapia complementar energética, que com o método de imposição das mãos gera um estado de equilíbrio energético que conduz a um bem-estar generalizado, que muitas vezes se reflete no estado emocional e físico da pessoa. (Cardoso, 2013)

A presente investigação surge no âmbito do Curso de Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com a qual se procurou responder à questão de investigação: Poderá uma abordagem complementar como o Reiki ter alguma influência na qualidade de vida e percepção da dor dos indivíduos e desenvolveu-se no Centro de Assistência Social de Tomar, tratando-se de um estudo quantitativo e descritivo-exploratório. A população alvo foi constituída por idosos institucionalizados, com idade igual ou superior a 65 anos, com percepção de dor, lúcidos e orientados.

No primeiro capítulo desta dissertação, serão apresentados os conceitos gerais referentes às variáveis de estudo, através de uma revisão da literatura, sobre as

características principais intrínsecas à pessoa idosa institucionalizada, a qualidade de vida desta população, a dor, assim como a origem, filosofia, efeito e aplicação do Reiki.

Posteriormente, no segundo capítulo aborda-se todo o processo metodológico desta investigação, incluindo os objetivos da investigação, questão da investigação, tipo de estudo, caracterização da amostra e dos instrumentos utilizados, a descrição do processo de recolha de dados e do tratamento estatístico destes. O terceiro capítulo engloba todos os resultados obtidos a partir da análise estatística dos dados. O quarto capítulo apresenta a discussão dos resultados. Por último, o quinto capítulo aborda as conclusões e limitações deste estudo, bem como sugestões para futura investigação.

## **1. Abordagem teórica**

### **1.1 Idoso Institucionalizado**

Segundo o despacho normativo 67/2012 de 21 de março de 2012 “estrutura residencial para pessoas idosas, é o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.”. (Diário da Republica, 2012)

A institucionalização da pessoa idosa é um processo capaz de desencadear stresse no individuo, propiciando inúmeras transformações sociais e psíquicas, ainda que o ambiente institucional tente oferecer um suporte seguro e adequado às necessidades físicas e emocionais das pessoas idosas, permitindo que estas possam expor as suas próprias personalidades. (Despacho normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998; Cardão, 2009; Silva et al., 2011) Por seu lado, Jacob (2002) define a institucionalização do idoso quando este está entregue aos cuidados de uma instituição que não à sua família, durante todo o dia. Nos lares ou residências geriátricas, os idosos institucionalizados residentes são aqueles que vivem 24 horas por dia numa instituição. Porém, a inserção numa instituição residencial nem sempre é um desejo ou escolha do idoso. Pode, por isso, gerar sentimentos negativos, conduzindo os idosos institucionalizados a experienciar sentimentos de solidão e de insatisfação. O afastamento das suas redes sociais, as alterações das rotinas e passar a viver num espaço que não lhes é familiar, transforma os dias, que passam a ser vividos de forma monótona e solitária, mas acima de tudo sem expetativas. (Fonseca, 2005) Contudo, é importante salientar que a institucionalização não tem apenas aspetos negativos para o idoso uma vez que, cada vez mais, é permitido que mantenha algumas das suas rotinas, que mantenha os seus objetos pessoais, sendo estimulados a realizar tarefas que habitualmente já executavam no seu dia-a-dia.

### **1.2 Qualidade de vida nos idosos**

Atualmente existe uma grande preocupação com os indicadores da QdV. As pessoas cada vez mais querem viver mais anos, de forma saudável e atingir o bem-estar, ou seja, prevenir doenças, manter o bem-estar físico, funcional, psicológico, psíquico e social. (Carvalho e Dias, 2011) Sendo a QdV definida pela WHO (1997), um constructo individual, que é influenciado pela percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, no seu contexto social, ético e moral e em relação aos seus objetivos e expetativas. Assim, o conceito de QdV pode ser dividido em duas áreas: objetiva e subjetiva. A área objetiva inclui as condições objetivas de vida, habitação, segurança ou o número de contactos familiares.

A área subjetiva engloba a satisfação do indivíduo com as suas condições objetivas de vida. (Lehman, 1988) Pode ser avaliada em quatro domínios: o domínio físico, o domínio psicológico, o domínio das relações sociais, e o domínio do ambiente, considerando as reações do indivíduo às ocorrências da vida, a sua disposição e o seu sentimento de satisfação com a vida profissional e pessoal. (Theofilou, 2013) Walker (2005) salienta que os fatores que influenciam a QdV não diferem consoante a idade nem pela prioridade que se dá a cada um nos diferentes momentos da vida, ao longo das diferentes faixas etárias. Num outro estudo o mesmo autor, Walter e Lowenstein (2009), salienta os fatores a ter em conta para compreender a QdV nos idosos. Primeiro, dado o caráter multidimensional, dinâmico, subjetivo e complexo do conceito, um período de vida mais longo implica uma maior influência de diversos fatores, internos e externos ao indivíduo, que contribuem para a percepção de QdV. Em segundo lugar, na QdV dos idosos têm impacto não só todos os aspetos relativos ao curso da vida como também aqueles situacionais, mais imediatos. O terceiro fator a considerar é a variabilidade cultural, uma vez que aquilo que é valorizado para a construção da percepção da própria QdV apresenta grandes diferenças, consoante a cultura do idoso. Por último aponta-se, como quarto aspeto, a importância da percepção do idoso acerca da sua saúde e bem-estar psicológico, em detrimento de indicadores económicos ou demográficos, na explicação da variabilidade dos resultados acerca da QdV. Assim, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002/2005) patenteia a QdV no envelhecimento como uma conceção vasta e subjetiva, que abrange o estado psicológico, a saúde física, as crenças e convicções pessoais, o nível de independência, as relações sociais, e a relação com o ambiente, do indivíduo idoso. Sendo assim, o envelhecimento bem-sucedido, com melhor QdV, está associado à conservação das condições de autonomia e funcionalidade física e psicológica, e não apenas à ausência de enfermidade. (Ferreira, Maciel, Costa, Silva, & Moreira, 2012)

O envelhecimento demográfico atinge atualmente todos os países. Sabemos que Portugal é um dos países com maior índice de envelhecimento. No que respeita à situação demográfica esta caracteriza-se pelo fenómeno de duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem. Face ao decréscimo da população jovem, a par do aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080 (INE, 2017).

A QdV, o bem-estar e o aumento da esperança média de vida são um debate frequente na atualidade. Muitas pessoas pensam que pelo facto de viverem mais tempo vão ter uma boa qualidade de vida; outras acreditam que o facto de viverem mais tempo lhes

traga fragilidades, doenças e dependência. (Fonseca, 2014, p.170) Ou seja, as duas ideias podem estar certas ou não, visto que a velhice é diferente em todas as pessoas.

A relação entre a QdV e o aumento da esperança média de vida, muitas vezes não é positiva. Apesar de as pessoas viverem mais tempo, estão propensas a adquirirem mais doenças, o que vai torná-las mais frágeis. Deste modo, a pessoa não poderá realizar as suas atividades da vida diária autonomamente, tendo muitas vezes que procurar auxílio nas instituições. (Marques, 2017)

Os idosos que se encontram institucionalizados devem ter QdV no seu dia-a-dia. Esta qualidade de vida, segundo Carvalho e Dias (2011), depende das relações sociais próximas, tais como amigos, familiares ou vizinhos, para que a pessoa não entre em isolamento social. Os idosos têm necessidade de sentir afeto, pelo que todas as relações dentro da instituição são importantes.

### **1.3 Dor nos idosos**

De acordo com a (IASP), a dor é definida como *uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão.*

A dor é subjetiva e pessoal, retratada pelo próprio, onde, quando e com que intensidade a sente, sendo receada por muitos, mais do que a própria morte. (Smeltzer e Bare, 2005) A dor está ligada à memória individual, às expectativas e às emoções que cada pessoa experimenta, podendo ser aguda ou crónica, dependendo da duração.

A dor aguda tem curta duração, podendo durar desde alguns segundos a várias semanas. A sua intensidade está relacionada com o estímulo que a desencadeou, sendo facilmente localizada, tem uma função protetora porque alerta para a lesão. A dor crónica surge na sequência de uma lesão e corre contínua ou intermitentemente por vários meses. Considera-se crónica uma dor com duração superior a 3-6 meses. (Cardoso, 2009)

Os idosos necessitam de cuidados diferenciados, quer pelas atitudes perante a dor quer perante os objetivos de vida. A dor no idoso é um problema com tendência a crescer com o envelhecimento da população, uma vez que se fica mais suscetível a lesões, a possibilidade de sofrer de doenças crónicas é superior e o processo terapêutico é por vezes mais complexo. (Dias, 2011) Cavalieri (2007) menciona que a dor, quando presente na vida do idoso, pode ter impacto negativo na sua saúde e qualidade de vida, resultando em depressão, ansiedade, isolamento social, comprometimento cognitivo, imobilidade e distúrbios de sono.

A WHO publicou, em junho de 2007, as "Orientações Normativas sobre o Tratamento da Dor". Entre as modalidades de tratamentos sem recurso ao uso de fármacos estão recomendadas: a fisioterapia, a fitoterapia, a acupuntura, a musicoterapia e o reiki, entre outros. O mesmo documento aponta para a necessidade de se incluir no tratamento médico da dor não apenas os aspetos biológicos, mas também os aspetos sociais e espirituais (WHO, 2007), uma vez que a dor tem impacto nas diversas dimensões do ser Humano, afetando a qualidade de vida, o que se revela ser mais grave na população idosa, como está representado na Tabela 1.

**Tabela 1.** Impacto da dor nas diversas dimensões do ser Humano (Ribeiro, 2014) (Cativo, 2015)

<b>Impacto Psicológico</b>	<b>Impacto Físico</b>	<b>Impacto Social</b>	<b>Impacto Espiritual</b>
<p>Tem expressão no decréscimo da qualidade de vida, na dificuldade de concentração e na perda de memória.</p> <p>O medo e a ansiedade, a noção de perda de controlo sobre a própria vida, depressão, tristeza, angústia, são também tradução desse impacto.</p>	<p>A dor conduz ao aumento da dependência, com decréscimo na capacidade de realizar tarefas da vida diária e de mobilidade, má qualidade de sono, náusea, anorexia, perda de força, além de diminuir a qualidade de vida, estando igualmente associada ao aumento do risco quedas com fraturas.</p>	<p>Traduzido pela incapacidade para participar em atividades sociais/familiares, provocando isolamento social, diminuição na qualidade e quantidade das relações interpessoais, da função sexual.</p>	<p>Acréscimo do sofrimento e da incerteza, sensação de deceção e sensação de ter fracassado com a família.</p>

A dor é classificada de acordo com diversas ordens de grandeza, como a duração temporal, em aguda e crónica, e outras que se relaciona com a sua neurofisiologia. No que diz respeito à patogenia a dor pode ser nociceptiva, neuropática ou mista, como está representado nas Tabelas 2 e 3.

**Tabela 2.** Principais diferenças entre a dor nociceptiva e a dor neuropática (Adaptado de Cativo, 2015)

<b>Dor nociceptiva</b>	<b>Dor neuropática</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>● Consequente da ativação, por estímulos, de nociceptores, cujas terminações periféricas se situam na pele, articulações, músculos, vísceras e outros órgãos.</li><li>● Descrita como pontada, cólica e dor tipo latejante (“moinha”).</li><li>● Pouco definida.</li><li>● Pode ser induzida num recetor de 3 formas específicas: - Mecânica (p.ex. corte, pancada, perfuração, abrasão, pressão); - Térmica (p.ex. queimaduras); - Química (p.ex. inflamação).</li><li>● Função/resposta fisiológica.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Dor que surge ao nível do próprio sistema nervoso, por lesão na via de transmissão da dor, causando uma sensação de dor num local correspondente a esta via.</li><li>● Dor que é provocada por lesão ou disfunção do sistema nervoso periférico ou central.</li><li>● Não tem qualquer função fisiológica, pelo que é sempre uma dor patológica.</li><li>● Na grande maioria dos casos, é uma dor crónica.</li></ul>



**Tabela 3.** Principais patologias associadas à dor, divididas por caracterização da dor (Adaptado de Gomes & Teixeira, 2006)

<b><u>Nociceptiva</u></b>	<b>Somática</b>	Artropatias (osteoartrite, artrite reumatoide, gota). Traumatismos ou queimaduras Mialgias, síndromes miofasciais. Doenças inflamatórias não articulares (polimialgia reumática, tendinopatias, bursites) Ósseas (metástases, fraturas) Isquémicas (doença arterial periférica).
	<b>Visceral</b>	Gastrite, esofagite, diverticulite, colecistite, pancreatite, apendicite, colite, enfarte agudo do miocárdio, angina de peito, cólica renal, cistite.
<b><u>Neuropática</u></b>	<b>Periférica</b>	Mononeuropatias: nevralgia pós-herpética; nevralgia do trigémio Polineuropatia: diabética, alcoólica, deficiência de Vitamina B12 Neuropatias compressivas: síndrome do túnel cárpico, síndrome do túnel tarsico Dor após amputação (dor no membro fantasma).
	<b>Medula espinhal</b>	Mielopatia ou radiculopatia (estenose da medula, radioterapia).
	<b>Central</b>	Dor após AVC (dor encefálica).
<b><u>Mista ou inespecífica</u></b>		Cefaleias crônicas recorrentes (enxaqueca, cefaleia de tensão).
		Vasculites
<b><u>Psicossomática/ Psicogénica</u></b>		Transtornos somatoformes.

#### 1.4 Reiki

A arte de tocar o corpo humano com as mãos, para confortar e diminuir dores, é um velho instinto. Quando sentimos dores, a nossa primeira reação é a de colocar imediatamente as mãos sobre a área que está a doer. O toque humano gera calor, serenidade e conforto. O uso terapêutico das mãos é muito antigo, existem evidências pictóricas rupestres encontradas nos Pirenéus que datam de há 15 mil anos atrás outras, no Tibete, datam de há 8 mil anos que testemunham esta prática. De uma forma ou outra, todos os povos, em diferentes tempos, desenvolveram trabalhos de terapia energética. O que estamos a fazer hoje é apenas resgatar estas técnicas relacionadas com o dom e a habilidade inata da humanidade em ajudar o próximo e a si mesmo. (Abarca e King, 2006)

O Método Reiki, aplicado em toques suaves, é uma técnica natural de harmonização e reposição energética que pode contribuir para manter ou recupera a saúde. É um método de redução de stresse e é um sistema próprio para despertar o poder de cada um de nós, captando, modificando e potencializando energia. (De´Carli, 2014) O método possui carácter preventivo e harmonizador, uma vez que trata o físico, o psíquico, o mental e o espiritual,

com resultados concretos na ansiedade, no stresse, na depressão, na insónia, no medo, na insegurança, no pânico, ajudando a cuidar do outro. (Fazzino D.L. *et.al.*, 2010) Através do Reiki, ajuda-se à recuperação naturalmente pelo toque humano, restabelecendo o equilíbrio do corpo, mente e das emoções. É um método integral de “cura energética” que tem um grande significado para a vida, pois a doença e as emoções negativas unem-se, e curar a doença também significa curar as emoções que a acompanham. A energia Reiki dirige-se para onde a cura é necessária, cuidando do outro de forma integral. (Honervogt, 2005)

O método transfere energia do doador (o canal de Reiki) para o recetor, trabalhando em diferentes níveis. Equilibra harmoniosamente todos os aspetos do ser recetor, de acordo com as suas necessidades e desejos pessoais. Liberta bloqueios e emoções reprimidas, adapta-se às necessidades naturais do recetor, amplia a consciência pessoal e facilita os estados meditativos, relaxa e reduz o stresse, neste sentido, contribui para aliviar a dor. (Cardoso, 2013) Tendo em conta a complexidade da doença na população idosa, principalmente quando sentem dor contínua, considera-se que a introdução de práticas complementares, como o Reiki, com a finalidade de melhorar a sua qualidade de vida (Delarroza, Furuya, Cabrera, Matsuo, Trelha, Yamada e Pacola, 2008) pode constituir uma mais-valia. Alguns dos benefícios do Reiki são: auxiliar a tratar problemas de saúde e na redução da dor; proporcionar bem-estar e uma melhor QdV; combater a sensação de isolamento e solidão, ajudar a equilibrar emoções, melhorar a qualidade do sono e o repouso, promove a autoaceitação e uma maior autoestima, ajuda a melhorar o humor, ajuda no momento da morte, facilitando a sua aceitação e paz. (Costa, 2017)

Os estudos realizados até ao momento são de escala relativamente reduzida, mas a sua análise permite retirar algumas conclusões sobre alguns dos benefícios mais frequentes do Reiki, como a redução da ansiedade e da dor, o aumento do bem-estar, a redução da fadiga e um maior relaxamento, por outro lado alguns estudos ainda não conseguem comprovar a eficácia deste tratamento. Um estudo realizado por (Baldwin, PhD, Rand e Schwartz, 2013), teve como objetivo determinar se a prática do Reiki aumenta a força dos campos eletromagnéticos do coração e das mãos dos praticantes desta terapia. Segundo os autores praticar Reiki não aparenta produzir campos eletromagnéticos de alta intensidade do coração ou das mãos, em alternativa é possível que o tratamento por energia seja estimulado por uma radiação ambiental externa. Noutro estudo, que serviu para avaliar de forma crítica a eficácia do Reiki (Lee, Pittler e Ernst, 2008), concluiu-se que na maioria dos estudos as falhas metodológicas, como o pequeno tamanho da amostra, o desenho de estudo inadequado e maus relatórios, não permitiam afirmar que o Reiki é um tratamento efetivo para qualquer condição. Portanto, o valor do Reiki permanece não comprovado.

No que concerne a estudos que conseguiram demonstrar benefícios na terapia Reiki, o estudo de (Midilli e Eser, 2015) identificou os efeitos do Reiki ao nível da dor, ansiedade e parâmetros hemodinâmicos no pós-operatório de cesarianas sendo um estudo clínico aleatório e controlado. Os resultados desta investigação demonstraram que a aplicação de Reiki reduziu a intensidade da dor, a ansiedade e os valores relativos à frequência respiratória, assim como a necessidade de analgésicos, recomendando a aplicação de Reiki para reduzir a dor e a ansiedade nas mulheres sujeitas a uma intervenção por cesariana. O estudo de (Birocco, Guillame, *et al.*, 2012), sobre os efeitos da terapia Reiki na dor e ansiedade de doentes que frequentam uma unidade oncológica revelou que as sessões de Reiki, aplicadas em 118 doentes, foram úteis para melhorar o bem-estar, proporcionar relaxamento, alívio da dor, melhorar a qualidade do sono e reduzir a ansiedade. Como conclusão, deste estudo, os autores referiram que disponibilizar a terapia Reiki em hospitais pode dar resposta às necessidades físicas e emocionais dos doentes.

Noutra abordagem, é fortemente sugerido que a estimulação de um campo elétrico externo é capaz de estimular a resposta fisiológica de um tecido, e que ativa o seu processo de autorregeneração. No entanto, os mecanismos através dos quais os campos energéticos, eletromagnéticos, exercem efeito não são conhecidos. Fatores como a frequência do campo vibratório, a forma de onda, a duração e o campo magnético, que devem ser aplicados, são desconhecidos e também, ainda, não está explicado o processo através do qual as células reagem a essa estimulação. (Messeli & Graham, 2011) Sabe-se que existe uma variável na ordem de várias dezenas a centenas dos milivoltes (mV) e microamperes ( $\mu$ A) de electro estimulação a nível fisiológico que são utilizados durante o desenvolvimento, regeneração, cura de feridas e que geram padrões de organização. A electro estimulação está envolvida no processo de ativação das proteínas transmembranares sensíveis a voltagem, tais como canais e recetores de membrana, e ainda podem estar relacionados na modificação da expressão genética, ou seja, é capaz de induzir a expressão de proteínas. (Messeli & Graham, 2011)

De uma forma generalizada, a energia do Reiki funciona ao passar no nosso corpo no nível energético, fazendo com que eleve o nível vibratório dentro e fora do nosso corpo. (Fonseca, 2015) Assim a energia do Reiki equilibra as emoções o que faz com que ocorra um maior fluxo de energia no organismo, restabelecendo assim as funções naturais de cada célula.

Para a aplicação do Reiki não é necessário nenhum equipamento ou técnica invasiva, somente o praticante devidamente iniciado na técnica, por um Mestre de Reiki. (Cardoso, 2013) O praticante de Reiki coloca suas mãos sobre determinadas áreas (posições) no corpo da pessoa a que se destina a terapia, como o intuito de ativar o sistema ou reforçar as

capacidades naturais de cura do corpo. Apesar de existirem variações na metodologia de aplicação de Reiki, de uma forma geral o tratamento começa pela cabeça, segue ao longo do corpo e termina nos pés. No ocidente normalmente, existem posições pré-definidas sendo utilizadas de 12 a 20 posições, sendo que as mãos do praticante do Reiki permanecem cerca de 3 a 6 minutos em cada posição. O tempo total do tratamento pode variar entre 30 a 60 minutos ou o tempo que o praticante de Reiki achar necessário. (Associação Portuguesa de Reiki & De`Carli J. 2009)



## **2. Abordagem Metodológica**

### **2.1 Questão da Investigação**

Existe a necessidade de delinear a pergunta de partida que deve incluir as variáveis em estudo e à qual se deve dar uma resposta no final do projeto de investigação. (Fortin, 2009) Deste modo, as questões de investigação delineadas, para este estudo, foram:

- O Reiki tem influência na percepção de Qualidade de Vida da Pessoa Idosa Institucionalizada?
- O Reiki tem influência na percepção da Dor na Pessoa Idosa Institucionalizadas?

### **2.2 Objetivos da Investigação**

Tendo como ponto de partida as questões de investigação, definimos como objetivos deste estudo:

- Averiguar o efeito do Reiki na percepção de qualidade de vida, em pessoas idosas institucionalizadas;
- Compreender a relação entre o tratamento de Reiki e a percepção de dor, em pessoas idosas institucionalizadas.

### **2.3 Tipo de estudo**

Tendo por base os objetivos, enquadramento teórico e a questão de investigação, definiu-se a metodologia a seguir neste estudo. Assim, mostrou-se pertinente utilizar uma metodologia quantitativa descritiva-exploratória, uma vez que se pretende estudar a influência do Reiki na percepção da qualidade de vida e de dor na pessoa idosa institucionalizada.

### **2.4 População alvo**

Compreende-se que população-alvo é todo o conjunto de elementos de um determinado universo que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. (Fortin, 2009)

A população alvo desta investigação são os idosos institucionalizados num Centro de Assistência Social, localizado numa cidade da zona centro de Portugal, com idade igual ou superior a 65 anos, sem *deficits* cognitivos, conscientes e orientados, com percepção de dor.

## **2.5 Amostra**

A estratégia de amostragem será a amostra de conveniência. Os elementos da amostra foram recrutados num Centro de Assistência Social, localizado em Tomar, uma cidade da zona centro de Portugal. A amostra foi constituída por 35 indivíduos de ambos os géneros (11 homens e 24 mulheres). Como critérios de inclusão considerou-se: estarem institucionalizados, conscientes e orientados, ter percepção de dor. Como critério de exclusão considerou-se a existência de défice cognitivo e a recusa em participar. Foi ainda apresentado o consentimento informado e esclarecido, que foi posteriormente livremente aceite e assinado.

## **2.6 Métodos**

### **2.6.1 Instrumentos de colheitas de dados**

O instrumento de colheita de dados é uma ferramenta ou uma técnica que o investigador usa para proceder à colheita de dados e informações que considera imprescindíveis e necessárias para a realização do estudo a que se propôs, sendo este determinante na escolha deste instrumento. (Hungler, Beck & Polit, 2004)

### **2.6.2 WHOQOL-Bref**

Para efeitos de avaliação da qualidade de vida da população em estudo foi utilizado o instrumento de avaliação de percepção de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde WHOQOL-Bref. Este foi construído a partir do WHOQOL-100, com o intuito de ser um instrumento mais breve de avaliação de QdV, conservando a validade psicométrica, encontrando-se validado para a população Portuguesa. O WHOQOL-Bref é constituído por 26 itens, dos quais dois reportam para a percepção de QdV geral, enquanto os outros 24 correspondem às 24 facetas do instrumento original. Estes 24 itens estão, por sua vez, organizados em quatro domínios: físico, psicológico, das relações sociais e do ambiente. As respostas são dadas de acordo com uma escala de Likert de 5 pontos, em que 1 corresponde a “Muito má” e 5 a “Muito boa” nas questões relativas à percepção geral de QdV, e a “Nada” e “Muitíssimo” nas restantes. Mais, pede-se também que, ao responder, sejam tidos em conta os padrões, expectativas, alegrias e preocupações das duas últimas semanas.

A pontuação dos domínios varia entre 0 e 20, ou 0 e 100, dependendo do interesse do investigador na comparação destes resultados com os de outro instrumento.

### **2.6.3 Escala de Wong-Baker Faces**

Para avaliar a percepção de dor foi usada a escala de faces de Wong Baker FACES, Pain Rating Scale (FACES) (Wong & Baker, 1988), composta por seis faces de dor, como está representada no Anexo I. Trata-se de um instrumento unidimensional, de autoavaliação que avalia todos os tipos de dor. Consiste em seis desenhos de faces ordenadas de forma crescente em nível de intensidade da dor ou angústia.

## **2.7 Procedimentos**

Foi elaborado o desenho do projeto, discussão e alteração do mesmo para aprovação pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Depois do parecer favorável da comissão (Anexo II), o projeto foi colocado à apreciação do Gabinete de Estudos Avançados para aprovação do tema e de orientação científica, que aprovou sem referir qualquer alteração.

### **2.7.1 Fase de Constituição da Amostra**

Com a ajuda da Psicóloga do Centro de Assistência Social, efetuou-se uma lista de possíveis participantes que cumpriam os critérios de inclusão na investigação. Sucedeu-se o contacto com os possíveis participantes, para informação acerca da investigação e verificar o interesse em participar no estudo. Todos os que mostraram interesse em participar foram incluídos na amostra, depois de cumpridos os formalismos legais e éticos, já mencionados.

### **2.7.2 Fase de Recolha de Dados**

A recolha de dados decorreu entre novembro de 2018 a abril de 2019. Iniciaram-se os procedimentos de investigação pela aplicação das escalas de avaliação de QdV e Dor, WHOQOL-Bref e escala de Wong Baker FACES respetivamente, depois foram realizadas duas séries de procedimentos de Reiki, em que cada série foi composta por 4 sessões de 30 minutos cada. No total a cada participante foram aplicadas 8 sessões de Reiki, numa periodicidade de 1 vez por semana, por participante.

Os instrumentos de avaliação WHOQOL-Bref e a Escala de Faces foram aplicados em 3 momentos distintos: antes do iniciar o primeiro procedimento (A); no fim da 4ª sessão (B) e no final do procedimento, 8ª sessão (C).



### **2.7.3 Procedimentos legais e éticos**

Pela particularidade dos serviços e dos participantes há aspetos éticos que foram respeitados nesta investigação:

- Pedido de autorização à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Consentimento Informado dos participantes no estudo - onde foi feita uma breve apresentação da investigação, descrito o tipo de estudo, temática e objetivos, assegurando simultaneamente a confidencialidade, intimidade e segurança dos participantes. A assinatura do consentimento informado, pelo participante, constitui a prova da aceitação da colaboração no estudo.

### **2.7.4 Análise estatística de dados**

A análise estatística foi feita em duas fases, recorrendo ao *software* SPSS da IBM.

Na primeira fase, fez-se a análise descritiva da amostra e aplicaram-se testes de normalidade para verificar se as distribuições são normais.

Na segunda fase realizou-se a análise estatística segundo a ANOVA de medidas repetidas a comparação de médias de amostras.

### 3. Resultados

A amostra foi constituída por 35 indivíduos, dos quais 24 (68,6%) eram mulheres e 11 (31,4%) eram homens, com idades compreendidas entre os 77 e os 97 anos, sendo a média destas de 86 anos (Tabela 4).

Destes 3 (8,6%) eram solteiros, 4 (11,4%) casados, 2 (5,7%) separados, 1 (2,9%) divorciado e 25 (71%) eram viúvos.

**Tabela 4.** Características sociodemográficas dos participantes e respostas ao questionário WHOQOL-Bref

Questões do WHOQOL-Bref	N <sup>a</sup>	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
A1 Idade	35	86,14	5,024	77	97
<b>Frequência (%)</b>					
A2 Género	35	Feminino Masculino		24 (68,6%) 11 (31,4%)	
A3 Escolaridade	35	Não sabe ler nem escrever Sabe ler e/ou escrever 1 <sup>o</sup> -4 <sup>o</sup> anos 5 <sup>o</sup> -6 <sup>o</sup> anos Estudos Universitários		3 (8,6%) 4 (11%) 25 (71%) 2 (5,7%) 1 (2,9%)	
A4 Estado Civil	35	Solteiro (a) Casado (a) Separado (a) Divorciado (a) Viúvo (a)		3 (8,6%) 4 (11,4%) 2 (5,7%) 1 (2,9 %) 25 (71%)	
A5 Profissão	35	Reformado (a) Vendedor Escriturária Técnica de Farmácia Pedreiro Empregada Têxtil Serralheiro Mecânico Doméstica		28 (80%) 1 (2,9%) 1 (2,9%) 1 (2,9%) 1 (2,9%) 1 (2,9%) 1 (2,9%) 1 (2,9%)	
A6.1 Freguesia	35	Beco Atalaia Canedo Casais São João Baptista São Pedro de Tomar Seiça Vale de Prazeres Junceira Madalena Chãos Sobral Santa Maria dos Olivais		1 (2,9%) 1 (2,9%) 1 (2,9%) 5 (14,3%) 7 (20%) 2 (5,7%) 1 (2,9%) 1 (2,9%) 1 (2,9%) 3 (8,6%) 1 (2,9%) 1 (2,9%) 4 (11,4%)	

		Oloia	1 (2,9%)
		Praia do Ribatejo	1 (2,9%)
		Alvaiázere	1 (2,9%)
		Almoster	1 (2,9%)
		Fundão	1 (2,9%)
		Asseiceira	1 (2,9%)
A6.2 Concelho	35	Ferreira do Zêzere	2 (5,7%)
		Entroncamento	1 (2,9%)
		Santa Maria da Feira	1 (2,9%)
		Tomar	23 (65,7%)
		Ourém	1 (2,9%)
		Fundão	2 (5,7%)
		Oleiros	1 (2,9%)
		Torres Novas	1 (2,9%)
		Vila Nova da	2 (5,7%)
		Barquinha	
Distrito	35	Santarém	29 (82,9%)
		Aveiro	1 (2,9%)
		Castelo Branco	3 (8,6%)
		Leiria	2 (5,7%)

No que concerne às habilitações literárias 3 (8,6%) não sabiam ler nem escrever, 4 (11%) sabiam ler e/ou escrever, 25 (71%) tinham o 1<sup>o</sup>-4<sup>o</sup> anos, 2 (5,7%) o 5<sup>o</sup>-6<sup>o</sup> anos e apenas 1 (2,9%) tinha estudos universitários.

Quanto à profissão 28 (80%) eram reformados e os restantes participantes são vendedor, escriturária, técnica de Farmácia, pedreiro, empregada têxtil, serralheiro mecânico e doméstica.

Quanto ao Distrito de residência/proveniência, maioritariamente eram do distrito de Santarém 29 (82,9%), e apenas 1 (2,9%) do distrito de Aveiro.

Todos os participantes referiram que, na altura do estudo, se encontravam doentes com uma ou mais condições patológicas associadas, numa distribuição equilibrada na população, como se apresenta (Tabela 5).

**Tabela 5.** Percepção individual do estado de saúde aquando da realização do estudo. Respostas ao questionário WHOQOL-Bref.

Questão do WHOQOL-Bref	N <sup>a</sup>	Respostas	Nº de respostas	(%)
Atualmente está doente?	35	Sim	35	100
Que doença tem?	35	Problemas cardíacos	2	5,7
		HTA, Síndrome Demencial	1	2,9
		HTA, Dislipidemia, Anemia, Prótese Vascular Cardíaca	1	2,9
		Prótese na anca e Dores nos joelhos	2	5,7
		AVC	2	5,7
		Osteoporose	4	11,4
		Osteoporose e Cataratas	1	2,9
		Depressão	1	2,9
		Doença Degenerativa Ocular	1	2,9
		Dores nos ombros e anca	1	2,9
		AVC e Pneumonia	1	2,9
		Osteoporose, Artrite e Bicos de Papagaio	1	2,9
		Reumático	2	5,7
		Diabetes, Úlceras, Leucemia e Falta de equilíbrio	1	2,9
		HTA, Patologia Óssea Degenerativa	1	2,9
		Ansiedade, Ataques de pânico e Dores intestinais	1	2,9
		Hérnia	1	2,9
		Problemas Cardíacos e Diabetes	1	2,9
		Ansiedade	2	5,7
				Diabética e Prótese na anca
Diabetes e Problemas Cardíacos	1			2,9
Cancro	2			5,7
Diabetes e Fratura do Fémur	1			2,9
		Cirurgia de Hernioplastia Inguinal bilateral	1	2,9
		Colesterol, Obstipação, Cirurgia Intestinal e Hipertensão arterial	1	2,9
		HTA, Patologia depressiva, Perturbações do sonos e Patologia Osteoarticular Degenerativa	1	2,9
		Alzheimer, Síndrome vertiginoso, Osteoporose e Neoplasia maligna da mama	1	2,9

Relativamente ao tempo que os participantes estão doentes, 4 (11,4%) Não sabe, 3 (8,6%) 24 meses, 1 (2,9%) 108 meses, 5 (14,3%) 60 meses, 9 (25,7%) 36 a 48 meses, 1 (2,9%) 192 meses, 1 (2,9%) 432 meses, 1 (2,9%) 18 meses, 3 (8,6%) 12 meses, 1 (2,9%) 720 meses, 1 (2,9%) 360 meses, 2 (5,7%) 96 meses, 1 (2,9%) 180 meses, 1 (2,9%) 240 meses, 1 (2,9%) 4 meses, como referido na Tabela 6.

**Tabela 6.** Respostas ao questionário WHOQOL-Bref relativamente ao tempo da doença, forma de administração do questionário e regime de tratamento.

Questão do WHOQOL-Bref	N <sup>a</sup>	Respostas	Nº de respostas	(%)
<b>Há quanto tempo?</b>	35	Não sabe	4	11,4
		24 meses	3	8,6
		108 meses	1	2,9
		60 meses	5	14,3
		36 a 48 meses	9	25,7
		192 meses	1	2,9
		432 meses	1	2,9
		18 meses	1	2,9
		12 meses	3	8,6
		720 meses	1	2,9
		360 meses	1	2,9
		96 meses	2	5,7
		180 meses	1	2,9
		240 meses	1	2,9
4 meses	1	2,9		
<b>Forma de administração do questionário</b>	35	Auto- administrado	5	14,3
		Assistido pelo entrevistador	2	5,7
		Administrado pelo entrevistador	28	80
<b>Regime de tratamento</b>	35	Consulta Externa	2	5,7
		Internamento	33	94,3

Relativamente à duração da doença variou entre o mínimo de 4 meses e o máximo de 720 meses, referido por um indivíduo em ambos os casos, havendo 4 participantes que desconhecem há quanto tempo se encontram doentes (Tabela 6).

Quanto à forma como responderam ao questionário, 5 (14,3%) responderam autonomamente, 2 (5,7%) responderam, mas de forma assistida pelo entrevistador, 28 (80%) teve haver uma intervenção ativa do entrevistador.

Os resultados da avaliação da qualidade de vida, com recurso ao WHOQOL-Bref, no primeiro procedimento de investigação, momento ou fase (A), são apresentados na tabela 7, seguinte.

**Tabelas 7.** Análise descritiva das respostas aos domínios do WHOQOL- Bref - primeira fase (A)

<b>Domínios WHOQOL-Bref</b>	<b>Nº</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Geral	35	48,5714	21,81376	0,00	100,00
Físico	35	46,2245	19,19256	14,29	85,71
Psicológico	35	48,4524	19,93366	12,50	91,67
Relações sociais	35	58,5714	18,01934	25,00	83,33
Ambiental	35	60,1786	14,14585	21,88	84,38

Tendo em conta que quanto mais alto o valor apresentado, melhor a percepção de QdV dos idosos institucionalizados, de acordo com a Tabela 7, verifica-se que os idosos institucionalizados na primeira fase (A) apresentam uma melhor qualidade de vida no domínio Ambiental. No que concerne ao domínio Físico, os idosos institucionalizados caracterizam-no como aquele em que a percepção de Qualidade de Vida é menor.

Na tabela 8, são apresentados os resultados da avaliação da qualidade de vida, com recurso ao WHOQOL-Bref, no segundo momento ou fase do procedimento de investigação (B).

**Tabela 8.** Análise descritiva das respostas aos domínios do WHOQOL- Bref, da segunda fase (B)

<b>Domínios WHOQOL-Bref</b>	<b>Nº</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Geral	35	65,0000	15,09772	37,50	100,00
Físico	35	67,1429	13,52491	28,57	92,86
Psicológico	35	69,4048	13,63113	29,17	95,83
Relações sociais	35	75,9524	12,25602	50,00	100,00
Ambiental	35	76,1607	12,61632	46,88	96,88

Como apresentado, o domínio Ambiental continua a ser o mais pontuado, sendo a qualidade de vida geral o domínio em que a percepção de qualidade de vida é mais baixa, verificando-se contudo que todos os domínios apresentam um aumento na pontuação atribuída (Tabela 8).

Quanto à avaliação da qualidade de vida, com recurso ao WHOQOL-Bref, no terceiro momento ou fase do procedimento de investigação (C), os resultados são apresentados na Tabela 9.

**Tabela 9.** Análise descritiva das respostas aos domínios do WHOQOL- Bref, da terceira fase (C)

<b>Domínios WHOQOL-Bref</b>	<b>Nº</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Geral	35	74,6429	15,89421	25,00	100,00
Físico	35	74,5798	12,48885	42,89	96,43
Psicológico	35	79,1667	9,84977	50,00	95,83
Relações sociais	35	81,667	9,21777	58,33	100,00
Ambiental	35	83,7500	9,30735	56,25	96,88

Da análise da Tabela 9, é possível observar que na última fase (C), o domínio que apresenta maior pontuação continua a ser o domínio Ambiental. Todos os domínios apresentam aumento das pontuações atribuídas sendo o domínio físico aquele que possui a menor pontuação.

Quanto à avaliação da dor, no que se refere à sua percepção, com recurso à escala de faces, é possível observar que os resultados desde a primeira fase (A), até à última fase (C) apresentam um decréscimo de valores, o que significa que a percepção de dor diminuiu nas diferentes fases da investigação, em que a escala foi aplicada (Tabela 10).

**Tabela 10.** Análise descritiva das respostas à escala de faces nas três fases (A, B e C)

	<b>Primeira fase (A) Escala de faces</b>	<b>Segunda fase (B) Escala de faces</b>	<b>Terceira fase (C) Escala de faces</b>
<b>Nº</b>	35	35	35
<b>Média</b>	3,71	2,29	1,17
<b>Mínimo</b>	1	1	1
<b>Máximo</b>	3	3	2

Como descrito nas Tabelas 11,12 e 13 apresentam-se os resultados gerais do efeito da aplicação método de Reiki na percepção da qualidade de vida e dor da população em estudo. Ao longo da primeira fase (A) (Tabela 11) os domínios geral, físico, psicológico, ambiental seguem uma distribuição normal, o domínio das relações sociais e a dor não apresenta essa distribuição normal pois o valor de significância é inferior a 0,05.

**Tabela 11.** Testes de Normalidade, da primeira fase (A)

<b>Testes de Normalidade</b>						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Geral	,146	35	,058	,940	35	,058
Físico	,137	35	,097	,960	35	,234
Psicológico	,133	35	,118	,951	35	,122
Relações Sociais	,273	35	,000	,881	35	,001
Ambiental	,124	35	,194	,948	35	,096
Dor	,265	35	,000	,860	35	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Na segunda fase (B), os domínios psicológico e ambiental seguem uma distribuição normal, mas os restantes domínios (geral, físico, relações sociais e a dor) não apresentam esse tipo de distribuição normal, como se apresenta na Tabela 12.

**Tabela 12.** Teste de Normalidade, da segunda fase (B)

<b>Testes de Normalidade</b>						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Geral	,203	35	,001	,914	35	,010
Físico	,224	35	,000	,939	35	,054
Psicológico	,135	35	,109	,964	35	,305
Relações Sociais	,212	35	,000	,929	35	,027
Ambiental	,133	35	,119	,939	35	,052
Dor	,266	35	,000	,779	35	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Na terceira fase (C), os domínios físico e psicológico seguem uma distribuição normal. Já os domínios geral, relações sociais, ambiental e dor não seguem essa distribuição normal, como se apresenta na Tabela 13.



**Tabela 13.** Teste de Normalidade, da terceira fase (C)

<b>Testes de Normalidade</b>						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estatística	df	Sig.	Estatística	df	Sig.
Geral	,333	35	,000	,819	35	,000
Físico	,125	35	,194	,956	35	,184
Psicológico	,132	35	,140	,944	35	,081
Relações Sociais	,308	35	,000	,849	35	,000
Ambiental	,200	35	,001	,903	35	,006
Dor	,361	35	,000	,736	35	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Como se mostra a Tabela 14, não existe esfericidade nos domínios geral, físico, psicológico, relações sociais, ambiental e na dor, recorrendo ao teste de esfericidade de Mauchly, como tal foi utilizado, como se apresenta mais adiante na Tabela 19, a correção de Greenhouse-Geisser para verificar se existe efeito entre as diferentes fases.

**Tabela 14.** Análise de variâncias repetidas ANOVA ao domínio Geral, Físico, Psicológico, Relações Sociais, Ambiental de Escala de Faces (Dor) nas três fases, teste de esfericidade de Mauchly

Domínios	<b>W de Mauchly</b>	<b>Teste de esfericidade de Mauchly</b>
Geral	0,799	0,025
Físico	0,617	0,000
Psicológico	0,609	0,000
Relações Sociais	0,632	0,001
Ambiental	0,789	0,020
Dor	0,732	0,006

A Tabela 15 mostra que todos os resultados diferem significativamente nas diferentes fases (A, B e C), através de comparação por método Pairwise.

**Tabela 15.** Comparação por método Pairwise, Domínio Geral nas três fases (A, B e C).

Comparações por Método Pairwise						
(I) Geral	(J) Geral	Diferença média (I-J)	Erro Erro	Sig. <sup>b</sup>	95% Intervalo de Confiança para Diferença <sup>b</sup>	
					Limite inferior	Limite superior
A	B	-,771	,197	,001	-1,266	-,277
	C	1,314*	,252	,000	,682	1,947
B	A	,771*	,197	,001	,277	1,266
	C	2,086*	,297	,000	1,341	2,831
C	A	-1,314*	,252	,000	-1,947	-,682
	B	-2,086*	,297	,000	-2,831	-1,341

Baseado em médias marginais estimadas

\*. A diferença média é significativa no nível ,05.

b. Ajustamento para diversas comparações: Sidak.

A comparação do domínio ambiental nas três fases do estudo (A, B e C), como está representada na tabela 16, diferem significativamente nas 3 fases.

**Tabela 16.** Comparação por método Pairwise, Domínio Ambiental nas três fases (A, B e C).

Comparações por Método Pairwise						
(I) Ambiental	(J) Ambiental	Diferença média (I-J)	Erro Erro	Sig. <sup>b</sup>	95% Intervalo de Confiança para Diferença <sup>b</sup>	
					Limite inferior	Limite superior
A	B	-5,114*	,821	,000	-7,175	-3,053
	C	-7,543*	,709	,000	-9,324	-5,762
B	A	5,114*	,821	,000	3,053	7,175
	C	-2,429*	,535	,000	-3,772	-1,085
C	A	7,543*	,709	,000	5,762	9,324
	B	2,429*	,535	,000	1,085	3,772

Baseado em médias marginais estimadas

\*. A diferença média é significativa no nível ,05.

b. Ajustamento para diversas comparações: Sidak.

A comparação do domínio físico, em todas as fases, demonstra que a diferença média entre as várias fases, entre si, (A, B e C), é significativa, Tabela 17.

**Tabela 17.** Comparação por método Pairwise, Domínio Físico nas três fases (A, B e C).

<b>Comparações por Método Pairwise</b>						
(I) Físico	(J) Físico	Diferença média (I-J)	Erro Erro	Sig. <sup>b</sup>	95% Intervalo de Confiança para Diferença <sup>b</sup>	
					Limite inferior	Limite superior
A	B	-5,794*	,736	,000	-7,645	-3,943
	C	-7,971*	,827	,000	-10,050	-5,891
B	A	5,794*	,736	,000	3,943	7,645
	C	-2,176*	,438	,000	-3,277	-1,076
C	A	7,971*	,827	,000	5,891	10,050
	B	2,176*	,438	,000	1,076	3,277

Baseado em médias marginais estimadas

\*. A diferença média é significativa no nível ,05.

b. Ajustamento para diversas comparações: Sidak.

No que diz respeito ao domínio psicológico, os resultados mostram ser diferentes em todas as fases, entre si (A, B e C), como demonstra a Tabela 18.

**Tabela 18.** Comparação por método Pairwise, Domínio Psicológico nas três fases (A, B e C).

<b>Comparações por Método Pairwise</b>						
(I) Psicológico	(J) Psicológico	Diferença média (I-J)	Erro Erro	Sig. <sup>b</sup>	95% Intervalo de Confiança para Diferença <sup>b</sup>	
					Limite inferior	Limite superior
A	B	-5,029*	,689	,000	-6,759	-3,298
	C	-7,371*	,759	,000	-9,278	-5,465
B	A	5,029*	,689	,000	3,298	6,759
	C	-2,343*	,397	,000	-3,341	-1,345
C	A	7,371*	,759	,000	5,465	9,278
	B	2,343*	,397	,000	1,345	3,341

Baseado em médias marginais estimadas

\*. A diferença média é significativa no nível ,05.

b. Ajustamento para diversas comparações: Sidak.

Segundo a Tabela 19, não existem diferenças entre a fase B e C no que diz respeito ao domínio das relações sociais. Entre a fase (A e B) e (A e C) verificaram-se diferenças significativas.

**Tabela 19.** Comparação por método Pairwise, Domínio Relações Sociais nas três fases (A, B e C).

Comparações por Método Pairwise						
(I) Social	(J) Social	Diferença média (I-J)	Erro Erro	Sig. <sup>b</sup>	95% Intervalo de Confiança para Diferença <sup>b</sup>	
					Limite inferior	Limite superior
A	B	-2,086*	,346	,000	-2,955	-1,216
	C	-2,771*	,371	,000	-3,704	-1,839
B	A	2,086*	,346	,000	1,216	2,955
	C	-,686*	,200	,005	-1,188	-,184
C	A	2,771*	,371	,000	1,839	3,704
	B	,686*	,200	,005	,184	1,188

Baseado em médias marginais estimadas

\*. A diferença média é significativa no nível ,05.

b. Ajustamento para diversas comparações: Sidak.

Tal como está representada na Tabela 20, podemos observar que no que se refere à avaliação da percepção da dor, com recuso à escala de faces (Dor), os resultados diferem significativamente em todas as fases do estudo (A, B e C).

**Tabela 20.** Comparação por método Pairwise, Escala de Faces (Dor) nas três fases (A, B e C).

Comparações por Método Pairwise						
(I) Dor	(J) Dor	Diferença média (I-J)	Erro Erro	Sig. <sup>b</sup>	95% Intervalo de Confiança para Diferença <sup>b</sup>	
					Limite inferior	Limite superior
A	B	1,429*	,155	,000	1,039	1,818
	C	2,543*	,150	,000	2,167	2,919
B	A	-1,429*	,155	,000	-1,818	-1,039
	C	1,114*	,114	,000	,827	1,401
C	A	-2,543*	,150	,000	-2,919	-2,167
	B	-1,114*	,114	,000	-1,401	-,827

Baseado em médias marginais estimadas

\*. A diferença média é significativa no nível ,05.

b. Ajustamento para diversas comparações: Sidak.

Tal como foi dito anteriormente, uma vez que não existe esfericidade no domínio geral, utilizou-se a correção Greenhouse-Geisser, para verificar se existe efeito entre as diferentes fases, Tabela 21.

**Tabela 21.** Testes de efeitos dentre-sujeito para verificar se existe efeito entre as diferentes fases do domínio Geral.

Testes de efeitos dentre-sujeitos					
Origem		gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Geral					
	Greenhouse-Geisser	77,848	1,666	46,735	35,064
Erro(Geral)					
	Greenhouse-Geisser	75,486	56,634	1,333	

A ANOVA de uma via com medidas repetidas mostrou que há efeito sobre [F (1,666, 56,634)=35,064;  $p < 0,001$ ].

O teste de post-hoc de Sidak mostrou que todas as fases diferem significativamente.

Uma vez mais e porque não existe esfericidade no domínio ambiental (Tabela 14), foi utilizada a correção Greenhouse-Geisser, como se apresenta na Tabela 21.

**Tabela 22.** Testes de efeitos dentre- sujeito para verificar se existe efeito entre as diferentes fases do domínio Ambiental.

Testes de efeitos dentre-sujeitos						
Origem		Tipo III Soma dos Quadrados	GI	Quadrado Médio	F	Sig.
Ambiental						
	Greenhouse-Geisser	1037,733	1,651	628,540	60,805	,000
Erro(Ambiental)						
	Greenhouse-Geisser	580,267	56,135	10,337		

A ANOVA de uma via com medidas repetidas mostrou que há efeitos sobre [F (1,651, 56,135)= 60,805;  $p < 0,001$ ].

O teste de post-hoc de Sidak demonstrou que as diferentes fases (A, B e C) diferem entre si significativamente.

Para o domínio físico foi igualmente utilizada a correção Greenhouse-Geisser, como se apresenta na Tabela 23.

**Tabela 23.** Testes de efeitos dentre- sujeito para verificar se existe efeito entre as diferentes fases do domínio Físico.

Testes de efeitos dentre-sujeitos						
Origem		Tipo III Soma dos	gl	Quadrado	F	Sig.
		Quadrados		Médio		
Físico						
	Greenhouse-Geisser	1154,176	1,446	798,336	71,888	,000
Erro(Físico)						
	Greenhouse-Geisser	529,824	47,709	11,105		

Como está representada na Tabela 23, a ANOVA de uma via com medidas repetidas mostrou que há efeitos sobre [F (1,446, 47,709)= 71, 888; p< 0,001].

O teste de post-hoc de Sidak demonstrou que as diferentes fases (A, B e C) do domínio físico diferem entre si significativamente.

Relativamente ao domínio psicológico, o teste de post-hoc de Sidak demonstrou que as diferentes fases (A, B e C) diferem entre si significativamente. Como refere a Tabela 24, a ANOVA de uma via com medidas repetidas mostrou que há efeitos sobre [F (1,437, 48,875)= 70, 384; p< 0,001].

**Tabela 24.** Testes de efeitos dentre- sujeito para verificar se existe efeito entre as diferentes fases do domínio Psicológico.

Testes de efeitos dentre-sujeitos						
Origem		Tipo III Soma	GI	Quadrado	F	Sig.
		dos Quadrados		Médio		
Psicológico						
	Greenhouse-Geisser	992,990	1,437	690,783	70,384	,000
Erro(Psicológico)						
	Greenhouse-Geisser	479,676	48,875	9,814		

No que diz respeito ao domínio das relações sociais, o teste de post-hoc de Sidak demonstrou que não há diferenças entre a fase B e C, diferindo significativamente nas fases (A e B) (A e C). Como ilustra a Tabela 25, a ANOVA de uma via com medidas repetidas mostrou que há efeitos sobre [F (1,62, 49,704)= 41, 970; p< 0,001].

**Tabela 25.** Testes de efeitos dentre- sujeito para verificar se existe efeito entre as diferentes fases do domínio das Relações Sociais.

Testes de efeitos dentre-sujeitos						
Origem		Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Social						
	Greenhouse-Geisser	145,848	1,462	99,768	41,970	,000
Erro(Social)						
	Greenhouse-Geisser	118,152	49,704	2,377		

Em relação à dor, o teste de post-hoc de Sidak demonstrou que as diferentes fases diferem significativamente entre si (A, B e C). A ANOVA de uma via com medidas repetidas mostrou que há efeitos sobre [F (1,788, 60,786)= 163,853; p< 0,001] Tabela 26.

**Tabela 26.** Testes de efeitos dentre- sujeito para verificar se existe efeito entre as diferentes fases da Escala de Faces (Dor)

Testes de efeitos dentre-sujeitos						
Origem		Tipo III Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
Dor						
	Greenhouse-Geisser	113,733	1,788	63,616	163,853	,000
Erro(Dor)						
	Greenhouse-Geisser	23,600	60,786	,388		

## 4. Discussão

Atualmente, encontramos-nos perante o aumento da longevidade da população e como consequência verifica-se o crescente recurso à institucionalização, sendo este meio considerado como uma solução para os problemas dos idosos.

O grau de qualidade de vida pode ser determinado pelo contexto onde vivem as pessoas idosas, assim como a existência de dor, principalmente a dor crónica, sendo um dos principais objetivos do Ser Humano não sentir dor, e ter uma boa qualidade de vida. Assim sendo, é importante que se encontrem técnicas que ajudem a tornar esta situação uma realidade.

O presente estudo teve como objetivos, reconhecendo a importância da qualidade de vida e da dor nos idosos, perceber se o método do Reiki tem influência na percepção de qualidade de vida e dor na pessoa idosa, que se encontre institucionalizada.

Neste capítulo apresenta-se a discussão dos resultados expostos anteriormente.

Na caracterização da amostra de idosos institucionalizados, relativa à avaliação da percepção de qualidade de vida na primeira fase (A), verifica-se que o domínio que apresenta melhor pontuação, é o domínio Ambiental, o que corresponde a uma maior valorização deste domínio para a percepção da qualidade de vida, sendo o domínio Físico aquele em que a pontuação é mais baixa e, conseqüentemente, a percepção de qualidade de vida é menor.

No que diz respeito à segunda fase (B), o domínio que apresenta valores superiores, e, portanto, é aquele em que a percepção de qualidade de vida é maior e melhor é o domínio Ambiental, por outro lado a qualidade de vida Geral é o domínio em que são apresentados os valores mais baixos.

O domínio Ambiental é o que, na terceira fase (C), apresenta valores mais elevados, por outro lado, o domínio Físico é o que possui valores inferiores.

Estes resultados vão de encontro ao que se encontra no trabalho de Gonçalves (2015), sobre a qualidade de vida em idosos institucionalizados e frequentadores de um Centro de Dia. Nesse estudo a percepção de qualidade de vida é menor nos domínios Geral e Físico. A baixa satisfação verificada no domínio físico provavelmente estará relacionada com a maior fragilidade e perda de autonomia dos idosos, pois a saúde física é crucial para o estado de felicidade, e a ausência de saúde fomenta o sofrimento e diminui o bem-estar. (Paúl, 1991)

Os domínios Geral e Físico tiveram resultados inferiores, o que se pode dever à influência do tempo em que foram aplicados os questionários, de novembro a abril, em que



as condições de temperatura, humidade e luminosidade, podem ter influenciado as respostas ao programa aplicado. Tendo o estudo sido aplicado a uma população com uma idade avançada, mais suscetível a alterações como mudanças do clima, mudança da estação do ano entre outros fatores, que como dito anteriormente, poderão influenciar esta população em particular.

O domínio Ambiental foi o que apresentou os valores mais altos nas três fases da aplicação das sessões de Reiki, isto pode ser justificado pelo fato dos participantes sentirem que na instituição estão em ambiente familiar e sentem-se confortáveis nos diversos locais, tem acessibilidades facilitadas, e sentem que estão acompanhados o que poderá contribuir para se sentirem seguros.

Recorrendo ao teste da ANOVA medidas repetidas pode-se constatar que existem diferenças significativas entre as diversas fases, tendo havido um aumento da percepção da qualidade de vida (A, B e C), recorrendo ao WHOQOL-Bref. Considerando o ponto médio, verifica-se que na primeira fase (A), os valores estiveram um pouco abaixo da média (50), nas restantes fases houve um aumento dos valores sendo superiores ao ponto médio.

No estudo realizado por Oliveira (2013), foi demonstrado, através do WHOQOL- 100, que a utilização de técnicas de Reiki, aumentou os scores verificados, com significância estatística, nos domínios físico e psicológico.

No que concerne à influência do Reiki na percepção de dor, foram significativas as diferenças entre os resultados nas três fases (A, B e C). A dor foi diminuindo no decorrer da investigação, assim como demonstra a o teste de ANOVA das medidas repetidas. Estes resultados parecem estar de acordo com os do estudo realizado por Freitag, Dalmolin, Badke e Andrade (2014), em que os autores concluíram que utilizar o Reiki como prática terapêutica melhora de forma significativa as queixas de dor crónica, além de contribuir para o equilíbrio das necessidades física, mental, emocional e espiritual dos idosos.

## 5. Conclusão

O presente estudo teve como principais objetivos procurar perceber se o método Reiki tem efeito na percepção de qualidade de vida e de dor, em pessoas idosas institucionalizadas.

Para a realização deste estudo recorreu-se a uma amostra de 35 idosos institucionalizados, utentes num Centro de Assistência Social na zona Centro de Portugal.

Relativamente à percepção da qualidade de vida, o domínio que apresentou resultados mais elevados nas três fases foi o domínio Ambiental. Por outro lado, os domínios em que a percepção foi mais baixa foram o domínio Físico (A e C) e Geral (B).

Em todos os domínios deparamo-nos com diferenças significativas, no qual as médias aumentaram positivamente com o decorrer das sessões de Reiki.

No respeitante à Dor, os resultados também diferiram tendo baixado os níveis de dor, significativamente.

Os nossos resultados sugerem que o Reiki tem influência positiva na percepção da qualidade de vida e de dor na pessoa idosa institucionalizada.

A principal limitação deste estudo prende-se pelo número reduzido da amostra e o fato de não existir um grupo de controlo que permite verificar se os resultados obtidos são apenas devidos ao efeito do tratamento utilizado ou se poderão existir outras influências que interfiram nos resultados.

Assim, sugere-se como futuras investigações a utilização de uma amostra maior para que os resultados sejam mais significativos permitindo perceber a influência do Reiki, bem como a inclusão de um grupo de controlo.

No que diz respeito às considerações éticas da presente investigação, foram salvaguardados os direitos de todos os participantes. Primeiramente por serem obtidos os consentimentos informados, acompanhados da explicação dos objetivos do estudo, dos processos de confidencialidade das respostas, do carácter voluntário da participação sem quaisquer benefícios ou prejuízos para o participante. Depois, pela substituição da identidade de todos os participantes por códigos, apenas no sentido de ser possível emparelhar as respostas.

De um modo generalizado, este estudo sugere a importância desta terapia não farmacológicas, o Reiki, na promoção da qualidade de vida de idosos institucionalizados.

Por estar a interagir com a população, em especial esta população que apresenta maior fragilidade, o gerontólogo, assim como os restantes profissionais, têm o papel de oferecer alternativas para complementar não só os tratamentos, mas também para melhorar o estado geral de cada pessoa, já que na promoção de saúde e da qualidade de vida, deve

ser prestado um cuidado holístico, de forma natural, respeitando as crenças, valores e a individualidade do ser humano.

## 6. Bibliografia

- Abarca, O, King, R. (2006). *Reiki para Todos – Energia Vital em Ação*. 8ª Edição. Brasil: Nova Era.
- Baldwin, A. L., Rand, W. L., & Schwartz, G. E. (2013). Practicing Reiki Does Not Appear to Routinely Produce High-Intensity Electromagnetic Fields from the Heart or Hands of Reiki Practitioners. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(6), pp.518-526.
- Basbaum, A. I. (2009). *Cellular and molecular mechanisms of pain*. *Cell*. 139(2) pp.267-284.
- Birocco, N., Guillame, C., Storto, S., Ritorto, G., Catino, C., Gir, N., Balestra, L., Tealdi, G., Orecchia, C., Vito, G. D., Giaretto, L., Donadio, M., Bertetto, O., Schena, M., & Ciuffreda, L. (2012). The effects of Reiki therapy on pain and anxiety in patients attending a day oncology and infusion services unit. *The American journal of hospice & palliative care*, 29(4), pp.290-4.
- Cativo, M.C. (2015). *Dor neuropática*. Curso de Formação em Dor. Associação de Internos de Medicina Geral e Familiar da Zona Norte.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. 1ª Edição. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cardoso, A. (2009). *Manual de Tratamento da Dor*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel.
- Cardoso, E. C. (2013). *Reiki: Terapia complementar no Sistema de Saúde*. (Monografia realizada no âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas). Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto. Porto.
- Carvalho, P. e Dias, O. (2011). *Adaptação dos Idosos Institucionalizados*. Millenium. 40, pp.161-184.
- Celich, K., & Galon, C. (2009). Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, pp. 345-359.
- Circular Normativa nº9/DGCG de 14 de Junho 2003, Direção - Geral de Saúde, A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.
- Como funciona o Reiki- Energia Vibracional. Disponível em: <http://reiki.conhecendo.com.br/energia.htm> Acedido em: 01/03/2019.
- Costa, I. (2017). *Neurofisiologia da dor. Manual de Dor Crónica*. Lisboa: Fundação Grünhental.
- De`Carli, J. (2014). *Reiki Manuel do Terapeuta Profissional*. 2ª Edição. Portugal: Dinalivro.
- De`Carli, J. (2009). *Reiki, amor, saúde e transformação*. 1ª Edição. Portugal: Dinalivro.
- Delarrosa, M. S., Cabrera, M. A. S., Matsuo, T., Trelha, C., Yamada, K. N., Pacola, L. (2008). Caracterização da dor crônica e métodos análgicos utilizados por idosos da comunidade. *Ver Assoc Med Bras*, 54 (1), pp. 36-41.
- Despacho Normativo n.º12/98. "D.R. I Série-B". 47 (25-02-1998).
- Dias, I. M. G. P (2011). *Dor no idoso satisfação com o tratamento* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu Instituto Superior Politécnico de Viseu.
- Ferreira, O. G., Maciel, S. C., Costa, S. M., Silva, A. O., & Moreira, M. A. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm*, pp. 513-518.

- Fleck, M. P., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1, pp. 19-28.
- Fazzino, D., Griffin, M., McNulty, S., Fitzpatrick J., (2010). Energy healing and pain, a review of the literature. *Journal Holistic Nursing Practice*. 24(2), pp.79-88.
- Fonseca, A. M. (2004). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*, Manuais Universitários 35. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In Fonseca, A. (Ed). *Envelhecimento, saúde e doença - Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 153-179). Lisboa: Coisas de Ler.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitag, V. L., Dalmdin, I. S., Badke, M.R., Andrade, A., (2014). Benefits of Reiki in older individuals with chronic pain. *Text Context Nursin*. 23(4), pp. 1032-1040.
- Gomes, J. C.P. & Teixeira, M. J. (2006). *Dor no idoso*. São Paulo: Moreira JR Editora.
- Gonçalves, M. M. (2015). *A Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados*. (Trabalhos de Projeto apresentado à escola Superior de Saúde de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados). Instituto Politécnico de Bragança. Bragança. Portugal
- Honervogt, T. (2005). *Reiki: cura e harmonia através das mãos*. 4ª Edição. São Paulo: Pensamento.
- Instituto Nacional de Estatística.(2017). *Projeções de População Residente em Portugal*. INE, I.P. Lisboa. Portugal.
- International Association for the Study of Pain (IASP) (2012). *Task Force on Taxonomy. Classification of Chronic Pain*. IASP.
- Jacob, L. (2002). *Serviço para idosos* [On-line]. Disponível: <http://www.socialgest.pt>.
- Korff, M. & Dunn, K.M. (2008). Chronic pain reconsidered. *Pain*. 138(2) pp. 267-276.
- Lee, M. S., Pittler, M. H., & Ernst, E. (2008). Effects of reiki in clinical practice: a systematic review of randomised clinical trials. *International Journal Clinical Practice*, 62(6), pp. 947-954.
- Lehman, A. F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Panning*, 11(51).
- Mackey, S. Sean. (2011). How the mind processes pain. *Journal Neuroscience: Archives of Internal Medicine*.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, lda.
- Marques, A. F. R. A. (2017). *Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social Aplicada). Universidade Católica Portuguesa. Braga, Portugal.
- Messeli M. e Graham D. (2011). Extracellular electrical fields direct wound healing and regeneration. *Biological Bulletin*. 221(1) pp.79-82.

- Midilli, T.S., Eser, I. (2015). Effects of Reiki on Post-cesarean Delivery Pain, Anxiety, and Hemodynamic Parameters: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *Official Journal of the American Society for Pain Management Nursing*, 16(3), pp. 388-99.
- Oliveira, R. M. J.( 2013). *Efeitos do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse: Estudo Placebo e Randomizado*. (Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina, para a obtenção do título de Doutor em Ciências). São Paulo. Brasil.
- Oliveira, A.M., Batalha, L. M. C., Fernandes, A. M., Gonçalves, J. C., Viegas, R. G., (2014). Uma análise funcional da Wong-Baker Faces Pain Rating Scale: linearidade, discriminabilidade e amplitude. *Revista de Enfermagem*, 4(3) pp. 121-130.
- Organização Mundial da Saúde. (2007). *Orientações Normativas sobre o Tratamento da Dor*. Genebra: WHO.
- *Reiki é simples – A filosofia de vida do Reiki*. Associação Portuguesa de Reiki.
- Ribeiro, C.A. F. (2014). Farmacologia no idoso. In C.A.F. Ribeiro, & M. Veríssimo (Coord.), *Geriatría Fundamental: saber e praticar*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Ribeiro, H. A. C. (2017). *Particularidades da avaliação e tratamento da dor no idoso: contributo para a validação da Pain Quality Assessment Scale e abordagem terapêutica na população idosa*. (Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Geriatria). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Paúl, C. (1991). *Panorama demográfico dos idosos em Portugal*. *Geriatria*, nº 38 (4), pp. 21-26.
- Santos, G. & Sousa, L. (2015). Qualidade de vida em pessoas idosas no momento de internamento hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33 (1), 2 -11.
- Serra, A. V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100) para portugueses de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), pp. 31-40.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. (2005). A enfermagem médico cirúrgica. In Brunner, & Suddarth, (2005) (Eds.), (pp. 2419)Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Soares, A. e Amorim, M. (2015). Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Portuguesa e Enfermagem de Saúde Mental*, 2, pp. 45-51.
- Ribeiro, H. A. C.(2017). *Particularidades da avaliação e tratamento da dor no idoso: contributo para a validação da Pain Quality Assessment Scale e abordagem terapêutica na população idosa*. (Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Geriatria). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: Definition and measurement. *Europe's journal of psychology*, 9, pp. 150-162.
- Thomas, A. Cavaliere, DO. (2007). Managing Pain in Geriatric Patients. *The Journal of the American Osteopathic Association*. Vol. 107, pp. 10-16.

- Walter, A., & Lowenstein, A. (2009). European perspectives on quality of life in old age. *Eur. J. Ageing*, 6, pp. 61-66.
- *What is the History of Reiki?- The International Center for Reiki Training*. Disponível em: <http://www.reiki.org/FAQ/HistoryOfReiki.html>. Acessado em: 01/03/2019.
- Wong, D. L., & Baker, C. M. (1988). Pain in children: Comparison of assessment scales. *Pediatric Nursing*, 14(1) pp. 9-17.
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*.
- World Health Organization (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (S. Gintijo, Trad.). Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. (Obra original publicada em 2002). Retirado de [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)

## ANEXO I

### Escala de Wong-Baker Faces

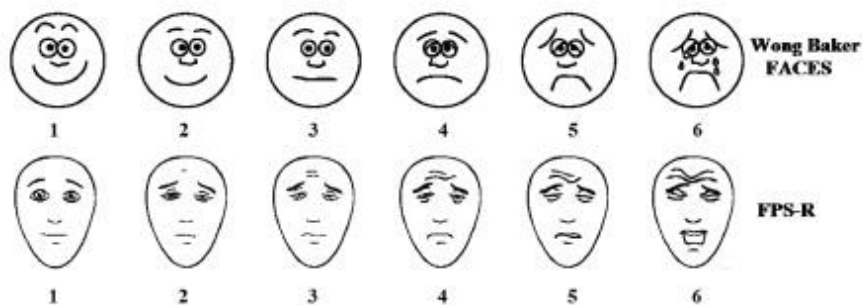


Figura 1. Expressões das escalas FACES e FPS-R (originais obtidos junto da *Wong-Baker FACES Foundation* e da *International Association for the Study of Pain*, respetivamente). Os números sinalizam a intensidade crescente das expressões.





## ANEXO II

### Modelo de Consentimento Informado



#### FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

**TÍTULO DO PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO:** INFLUÊNCIA DO REIKI NA PERCEÇÃO DA DOR E DE QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

**PROTOCOLO N°**

**PROMOTOR (Entidade ou pessoa(s) que propõe(m) o estudo)** Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**INVESTIGADOR COORDENADOR** Marília Dourado

**CENTRO DE ESTUDO** Centro de Assistência Social de Tomar

**INVESTIGADOR PRINCIPAL** Ana Luísa Marques Pereira

**MORADA** Rua do Castelo, n° 15 A Torre 2305-330 Casais Tomar

**CONTACTO TELEFÓNICO** 960241100

**NOME DO DOENTE**

**(LETRA DE IMPRENSA)** \_\_\_\_\_

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque se encontra a residir no Centro de Assistência Social de Tomar, tem idade igual ou superior a 65 anos e se encontra lúcido e orientado.

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a influência do Reiki na percepção de qualidade de vida e dor.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.



Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

## **1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJECTIVOS DO ESTUDO**

Este estudo irá decorrer no Centro de Assistência Social de Tomar, com o objetivo de compreender em que medida a terapia Reiki tem influência na percepção de qualidade de vida e de dor.

Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes ou outros participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

Como participante neste estudo beneficiará da vigilância e apoio do seu médico, garantindo assim a sua segurança.

Este estudo tem por objetivos(s) verificar o efeito que o Reiki tem na percepção de qualidade de vida e na percepção dor na pessoa idosa institucionalizada; Diminuir a intensidade da dor; Melhorar o domínio físico e psicológico; Contribuir para a disseminação do conhecimento sobre o Reiki e a terapia holística na sociedade.

Serão incluídos indivíduos se encontrem institucionalizados e tenham a percepção de sentir dor.

## **2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO**

### **2.1. Procedimentos**

Identificar as pessoas idosas institucionalizadas no Centro de Assistência Social de Tomar, com percepção de dor; Identificar as pessoas idosas institucionalizadas no Centro de Assistência Social, sem défice cognitivo que impossibilite dar resposta ao instrumento WHOQOL- Bref; Explicar os objetivos do estudo e apresentar o consentimento informado; Reunir separadamente com cada pessoa, no gabinete do médico da instituição, durante 8 semanas para aplicação da Terapia Reiki assim como a aplicação dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida e da dor.

## **2.2. Calendário das visitas/ Duração (exemplo)**

Este estudo consiste na aplicação de duas séries de Tratamento Reiki a cada um dos participantes, cada série sendo constituída por 4 sessões de Reiki com a duração de 30 minutos, sendo a periodicidade de 1 vez por semana. Os instrumentos de avaliação WHOQOL- Bref e a Escala de Faces serão aplicados em 3 momentos distintos: antes do início do primeiro tratamento; no fim da 4ª sessão e no fim das 8 sessões.

### **Descrição dos Procedimento (exemplo):**

Serão realizados os seguintes procedimentos:

- Identificar as pessoas idosas institucionalizadas no Centro de Assistência Social de Tomar, com percepção de dor;
- Identificar as pessoas idosas institucionalizadas no Centro de Assistência Social, sem défice cognitivo que impossibilite dar resposta ao instrumento WHOQOL- Bref;
- Explicar os objetivos do estudo e apresentar o consentimento informado;
- Reunir separadamente com cada pessoa, no gabinete do médico da instituição, durante 8 semanas para aplicação da Terapia Reiki assim como a aplicação dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida e da dor.

## **2.3. Tratamento de dados/ Randomização**

A recolha dos dados será feita através do instrumento WHOQOL- Bref e Escala de Faces. Os instrumentos serão aplicados num gabinete, em três momentos distintos. Será aplicado inicialmente antes da primeira sessão de Reiki, no final da 4ª sessão de Reiki e por fim no término das 8 sessões. A amostra será de conveniência. Os critérios de inclusão utilizados serão os indivíduos se encontrem institucionalizados e tenham a percepção de sentir dor. Por outro lado, como critério de exclusão assume-se a existência de défice cognitivo que impossibilite a resposta ao instrumento WHOQOL-Bref. Posteriormente, os dados serão analisados recorrendo ao software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences da IBM).

Na primeira fase, será feita a análise descritiva da amostra.

Na segunda fase a análise estatística será feita segundo a comparação de médias de amostras emparelhadas.



---

### **3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE**

O presente estudo não apresenta riscos nem inconvenientes para a pessoa em estudo.

### **4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS**

Este estudo tem a vantagem de contribuir para o avançar e desenvolver de técnicas complementares que ajudem a melhorar a percepção de qualidade de vida e de dor da pessoa idosa institucionalizada, contribuindo para um cuidado mais holístico e para a evidência científica nesta área.

### **5. NOVAS INFORMAÇÕES**

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

### **6. TRATAMENTOS ALTERNATIVOS**

### **7. SEGURANÇA**

Durante a sua participação estará sob a cobertura do seguro contratado para o estudo. Embora não se espere que devido à sua participação venha a sofrer problemas de saúde, se sofrer alguma lesão física como resultado de quaisquer procedimentos do estudo, realizados de acordo com o protocolo, será reembolsado pelas despesas médicas necessárias para as tratar.

### **8. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO**

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

O Investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse para a sua saúde continuar nele. A sua participação pode ser também terminada se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética. O médico do estudo notificá-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias, e falará consigo a respeito da mesma.

### **9. CONFIDENCIALIDADE**

Sem violar as normas de confidencialidade, serão atribuídos a auditores e autoridades reguladoras acesso aos registos médicos para verificação dos procedimentos realizados e informação obtida no estudo, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis. Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação. Pode ter também acesso à sua informação médica diretamente ou através do seu médico neste estudo. Tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional.

Os registos médicos que o identificarem e o formulário de consentimento informado que assinar serão verificados para fins do estudo pelo promotor e/ou por representantes do promotor, e para fins regulamentares pelo promotor e/ou pelos representantes do promotor e agências reguladoras noutros países. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos seus registos médicos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Não pode ser garantida confidencialidade absoluta devido à necessidade de passar a informação a essas partes.

Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as suas informações médicas neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

#### **Confidencialidade e tratamento de dados pessoais**

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação médica ou de saúde recolhida ou criada como parte do estudo, (tais como registos médicos ou resultados de testes), serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica e farmacológica relacionados com o medicamento ou com a patologia em estudo.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o (a) identifica directamente (e não ao seu nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) directamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza o promotor ou empresas de monitorização de estudos/estudos especificamente contratadas para o efeito e seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes do seu processo clínico, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido corretamente e que os dados obtidos são fiáveis.
7. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos médicos envolvidos no estudo/estudo, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.
8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo/estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo/estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação médica não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.



---

### **10. COMPENSAÇÃO**

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. No entanto, se além da visita prevista, planeada de acordo com a atual prática clínica, lhe forem solicitadas visitas suplementares no âmbito deste estudo, as despesas decorrentes dessas deslocações e eventuais perdas salariais ser-lhe-ão reembolsadas. O Centro de Estudo suportará todos os custos inerentes aos procedimentos das visitas. Não haverá portanto qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

### **11. CONTACTOS**

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,  
Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra  
Telefone: 239 857 708  
e-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt)

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Ana Luísa Marques Pereira  
Rua do Castelo, nº 15 A Torre 2305-330 Casais Tomar  
960241100 [ana\\_luisa\\_torre@hotmail.com](mailto:ana_luisa_torre@hotmail.com)

**NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE  
TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO  
RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.**





## ANEXO III

### Autorização Comissão de ética FMUC

#### COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref<sup>a</sup> 133-CE-2018

Data 26/11/2018

C/conhecimento ao aluno

Exma. Senhora

Prof.<sup>a</sup> Doutora Anabela Mota Pinto

Diretora do Gabinete de Estudos Avançados  
da FMUC

**Assunto: Projeto de Investigação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos (ref<sup>a</sup> CE-130/2018)**

**Candidato(a):** Ana Luisa Marques Pereira

**Título do Projeto:** *"Influência do Reiki na percepção da dor e qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada".*

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

***"Parecer favorável não se excluindo, no entanto, a necessidade de submissão à Comissão de Ética, caso exista, da(s) Instituição(ões) onde será realizado o Projeto".***

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos,

O Presidente,

  
Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima



## ANEXO IV WHOQOL-BREF

# WHOQOL-BREF



**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE**



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
<b>Domínio 1</b>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
<b>Domínio 2</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □			
<b>Domínio 3</b>	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
<b>Domínio 4</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

**DADOS PESSOAIS**

**A1 Idade**  anos      **A2 Data de Nascimento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**A3 Sexo**  Masculino      **A4 Escolaridade**  Não sabe ler nem escrever  
 Feminino

**A5 Profissão**

**A6.1 Freguesia**   
**A6.2 Concelho**   
**A6.3 Distrito**

<input type="checkbox"/>	Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sabe ler e/ou escrever	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	1 <sup>o</sup> -4 <sup>o</sup> anos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5 <sup>o</sup> -6 <sup>o</sup> anos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7 <sup>o</sup> -9 <sup>o</sup> anos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10 <sup>o</sup> -12 <sup>o</sup> anos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Estudos Universitários	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Formação pós-graduada	<input type="checkbox"/>

**A7 Estado Civil**

<input type="checkbox"/>	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Casado(a)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	União de facto	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Separado(a)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

**B1a** Está actualmente doente?      Sim       Não

**B1b** Que doença é que tem? \_\_\_\_\_

**B2** Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**B3** Regime de tratamento?      Internamento       Consulta Externa       Sem tratamento

**C. Forma de administração do questionário**

- 1. Auto-administrado
- 2. Assistido pelo entrevistador
- 3. Administrado pelo entrevistador

**D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**

### Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5