

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Mestrado Profissional em Inovação Tecnológica e Propriedade Intelectual

Yã Grossi Andrade

**“AQUI NEM PARECE UM HOSPITAL”... A INOVAÇÃO DO ATENDIMENTO
HOSPITALAR POR MEIO DE TERAPIAS COMPLEMENTARES:**

O caso do reiki

Belo Horizonte

2018

Yã Grossi Andrade

**“AQUI NEM PARECE UM HOSPITAL”... A INOVAÇÃO DO ATENDIMENTO
HOSPITALAR POR MEIO DE TERAPIAS COMPLEMENTARES:**

O caso do reiki

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Inovação Tecnológica e Propriedade Intelectual do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Inovação Tecnológica e Propriedade Intelectual.

Linha: Gestão da Inovação e Empreendedorismo.

Orientador: Prof. Francisco de Paula Antunes Lima.

Belo Horizonte

2018

**“AQUI NEM PARECE UM HOSPITAL”... A INOVAÇÃO DO
ATENDIMENTO HOSPITALAR POR MEIO DE TERAPIAS
COMPLEMENTARES: O CASO DO REIKI**

YĂ GROSSI ANDRADE

Dissertação de Mestrado defendida e aprovada, no dia 19 de outubro de 2018, pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes membros:


PROF. DR. ADSON EDUARDO RESENDE
COLTEC/UFMG

Marcos Vinicius Bortolus
PROF. DR. MARCOS VINICIUS BORTOLUS
ESCOLA DE ENGENHARIA/UFMG


PROF. DR. RAONI BARROS BAGNO
ESCOLA DE ENGENHARIA/UFMG


PROF. DR. FRANCISCO DE PAULA ANTUNES LIMA
ESCOLA DE ENGENHARIA/UFMG – ORIENTADOR

Instituto de Ciências Biológicas – Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Belo Horizonte, 19 de outubro de 2018.

Aos voluntários reikianos do Conjunto Hospitalar Mandaqui,
que me inspiraram tanto na pesquisa quanto na vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Vida pela oportunidade de realizar esta pesquisa, bem como a todas as pessoas que encontrei nesta caminhada que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização de um sonho.

Dedico meus agradecimentos:

Aos reikianos, tanto aos que passaram alguns meses no hospital, quanto aos que acompanhei durante todas as fases desta pesquisa, pelo acolhimento e aprendizado. O trabalho de vocês é fonte de minha inspiração.

Ao meu orientador, Francisco Lima, que tenho grande admiração pelo conhecimento que possui, agradeço pela orientação nos meus passos de pesquisador, bem como pela confiança e atenção desde o dia em que me perguntou o que me motivava.

Aos meus pais, base por eu ser quem sou hoje, sou grato pelo amor incondicional e por sempre estarem comigo nas minhas conquistas e realizações.

Aos irmãos, por estarem sempre forte em seus objetivos. Com essa força pude encontrar o meu lugar e seguir com meus verdadeiros objetivos.

A toda a família, essenciais para eu lidar com a vida com mais leveza, agradeço pelo suporte e as alegrias cotidianas.

Em especial, agradeço minha tia Lavínia Maria, pelo incentivo nos meus estudos assim como todo o conforto, carinho e atenção na “casa da passagem”. Esse apoio me permitiu sonhar.

Aos professores, que mesmo que não saibam da importância, me serviram de exemplo e motivação para eu seguir nesta caminhada, certo de que eu não estaria sozinho.

Em especial, agradeço a três momentos importantes para meu desenvolvimento pessoal: Ao Raoni Bagno agradeço pela conversa quando passei por uma frustração acadêmica. Carrego suas palavras com carinho. Ao Raoni Rajão que, através de uma disciplina, vi que seria possível desenvolver uma pesquisa sobre Ciência, Tecnologia e Sociedade na temática das terapias complementares. Ao Marcos Bortolus, engenheiro, que me inspirou em seus trabalhos pluridisciplinares, integrando diversos saberes.

À Tays Torres, por se mostrar interessada e disponível em auxiliar meu desenvolvimento profissional, agradeço pela escuta de minhas lamentações, crises e reflexões. Em especial, sou grato pela força, longas conversas, risos e palavras motivadoras, que foram essenciais para meus gatilhos criativos.

À Edilma, mulher batalhadora, agradeço pelo interesse, carinho e respeito que me foi dado, assim como pela abertura e confiança concedida para que eu pudesse realizar esta pesquisa.

Ao Oswaldo, homem brilhante que iluminou minha percepção, agradeço pela confiança e carinho, bem como pelo ensinamento e a paciência de repetir várias e várias vezes “a mesma coisa”.

Aos amigos: Augusto, Daniele Valle, Dirceu, Juliana, Lucas, Mariana, Paolla e Pedro, agradeço por fazerem parte da minha vida, por ouvirem meus dramas, mas também pelos momentos leves e descontraídos.

Aos colegas de pós graduação, pelo companheirismo. Em especial, Daniele Vieira e Rayra Flecha, pelo incentivo, palavras de conforto e por me guiarem pela trajetória que já haviam passado. Sem a ajuda de vocês o mestrado seria mais difícil, solitário e angustiante.

Em especial, Mariana Bonésio e Daniele Vieira, agradeço pela ajuda no momento mais solitário da minha pesquisa, o gesto de vocês significou muito para mim.

Ao Breno, agradeço toda a recepção e o acolhimento em São Paulo, possibilitando que eu concentrasse toda minha energia na pesquisa de campo, sem outras preocupações.

À Kelly, por se mostrar disponível e atenciosa, agradeço por me ajudar a superar os obstáculos burocráticos. Do início ao fim, sou muito grato pela sua atenção.

À UFMG, professores e alunos que conheci, agradeço pelo acolhimento e infraestrutura adequada para que este trabalho pudesse ser realizado.

À UFOP e ao DEPRO, por mais uma vez me acolher, agradeço a oportunidade de trabalhar em paralelo ao mestrado, proporcionando grandes realizações pessoais, profissionais e financeiras.

A esta jornada, que me fez construir um novo olhar para as terapias complementares e seus processos de difusão.

A todas as energias e seres de luz que estiveram presentes, agradeço pela iluminação.

Ao reiki, que une tudo.

RESUMO

O reiki é uma prática que possui um método pouco usual por ser uma técnica energética que através da imposição de mãos busca favorecer o relaxamento e o bem estar do paciente. Mesmo assim, essas características não impediram sua institucionalização pelo Ministério da Saúde como terapia complementar através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), nem sua difusão em hospitais. No entanto, nem todo hospital consegue o “sucesso” do empreendimento ao inovar em seus serviços através da implementação do reiki, assim, este estudo foi realizado em um dos raros casos de implementação bem-sucedida do reiki em hospital da rede pública que, desde 2012, possui a agenda cheia de pacientes que são encaminhados pelos funcionários da saúde. Nesse cenário este estudo abre a caixa preta do atendimento reiki no intuito de responder como a técnica conseguiu sua difusão no hospital do estudo. Utilizou-se como base teórica três abordagens que direcionaram o entendimento do desenvolvimento de uma inovação: a Teoria Ator Rede, a abordagem Sociotécnica e a abordagem Social Construtivista. Como orientação geral para a pesquisa de campo, adotou-se princípios da *Grounded Theory* (GT) e da Análise Ergonômica do Trabalho (AET). Foram realizadas entrevistas abertas, semiestruturadas e de autoconfrontação, bem como observações gerais e sistemáticas. Além dos reikianos, também foram entrevistados funcionários da saúde, pacientes e a diretora do hospital. Os resultados indicam que somente os esforços institucionais para difundir a técnica não são suficientes para que a adesão do reiki em hospitais seja efetiva. Desse modo, o sucesso da inovação não deve ser exclusivamente atribuído a ações puramente racionais, como conscientizar ou mostrar os benefícios da técnica. Paradoxalmente, a própria postura dos adeptos ao reiki pode gerar obstáculos para a difusão da terapia em ambiente hospitalar, de forma que a difusão é uma ação criativa que requer adaptações e transformações da própria técnica para lidar com situações imprevistas do novo contexto. Para concluir, observaram-se dois movimentos paralelos, que partem da atividade de trabalho dos adeptos ao atendimento reiki, que podem orientar outros empreendimentos a conseguirem uma melhor difusão hospitalar. O primeiro diz respeito à transição do “reikiano místico” ao reikiano que se apresenta de forma mais neutra e padronizada e, o segundo, no sentido de delinear a identidade do reiki, que passa do “bom para todos e a qualquer momento” para uma terapia complementar e coerente com o tratamento das especialidades já existentes no hospital.

Palavras Chaves: PNPIC, reiki, inovação, Análise Ergonômica do Trabalho (AET), difusão de inovação, glocalização.

ABSTRACT

Reiki is a practice that has an unusual method because it is an energy technique that through the imposition of hands seeks to promote the relaxation and well-being of the patient. Even so, these characteristics did not impede its institutionalization by the Ministry of Health as complementary therapy through the National Policy of Integrative and Complementary Practices (PNPIC), nor its diffusion in hospitals. However, not every hospital achieves the "success" of the service by innovating in its services through the implementation of reiki, thus, this study was carried out in one of the rare cases of successful implementation of reiki in a public hospital, that since 2012, has the full schedule of patients who are referred by health officials. In this scenario, this study opens the black box of reiki care in order to answer how the technique got to diffuse in the study hospital. The theoretical basis was based on three approaches that guided the understanding of the development of an innovation: the Network Actor Theory, the Sociotechnical approach and the Social Constructivist approach. As a general guideline for the field research, Grounded Theory (GT) and the Ergonomic Work Analysis (EWT) principles were adopted. Open, semi-structured and self-confronting interviews were conducted, as well as general and systematic observations. In addition to the reiki practitioners, health officials, patients and the hospital director were also interviewed. The results indicate that only the institutional efforts to spread the technique are not sufficient for the reiki adherence in hospitals to be effective. In this way, innovation success should not be exclusively attributed to purely rational actions, such as raising awareness or showing the benefits of the technique. Paradoxically, the posture of the reiki followers can create obstacles for the diffusion of the therapy in hospital environment, so that the diffusion is a creative action that requires adaptations and transformations of the technique itself to deal with unforeseen situations of the new context. To conclude, two parallel movements were observed, starting from the work activity of the followers to reiki care, which can guide other ventures to achieve a better hospital diffusion. The first concerns the transition from the "mystical reiki practitioner" to the reiki practitioner who presents himself in a more neutral and standardized way; and the second, in the sense of delineating the identity of reiki, which goes from "good for everyone at any time" to a complementary therapy and consistent with the treatment of the specialties already existing in the hospital.

Key Words: PNPIC, reiki, innovation, Ergonomic Analysis of Work (EWT), diffusion of innovation, glocalization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Cenário geral da difusão do reiki em hospital	15
Figura 2 - Difundir é inovar.....	17
Figura 3 - Atendimento reiki no CHM pela imposição de mãos.....	19
Figura 4 - Cenário geral da pesquisa	34
Figura 5 - Distribuição, por estado, da inserção de práticas integrativas e complementares no SUS, relativa aos questionários respondidos.....	35
Figura 6- Distribuição, por modalidade, em porcentagem das práticas integrativas e complementares nos municípios e estados brasileiros.	36
Figura 7 - Distribuição das modalidades de práticas complementares nos estados e municípios brasileiros.....	36
Figura 8 - Corredor da sala Reiki.	53
Figura 9 - Sala de atendimento Reiki.	53
Figura 10 - “Aconteceu”: Difusão da Inovação.....	55
Figura 11 - “Desbravadores”: Difundir é replicar?	64
Figura 12 - Teoria Ator Rede	65
Figura 13 - Voluntária ajuda paciente a se vestir.	72
Figura 14 - Reikiana acalma paciente com água.	72
Figura 15 - “Aqui nem parece um hospital”: A postura terapêutica	75
Figura 16 – Início do movimento.	81
Figura 17 – Continuação do movimento.	81
Figura 18 - Terapeuta opta por não tocar o paciente.	84
Figura 19 - Distanciamento causado pelo obstáculo.	84
Figura 20 - Reiki 4 mãos.	87
Figura 21 - Conexão com o paciente sem gestual.	88
Figura 22 - Símbolo Cho Ku Rei.....	88
Figura 23 - Reikiana desenhando o símbolo no paciente.	89
Figura 24 - Reikiana desenhando símbolo na frente do paciente.	90
Figura 25 - “A mão é que pega”: O protocolo hospitalar	93
Figura 26 - Abordagem Sociotécnica	94
Figura 27 - Sala de atendimento reformulada.	103
Figura 28 - Espaço interno.....	103
Figura 29 - “O caminho do monstro” Sucesso ou fracasso?	104
Figura 30 - “Eles não te tempo”: Delineando a complementariedade da técnica.....	115
Figura 31 - Abordagem Social Construtivista	115
Figura 32 - Esquema síntese da pesquisa	120
Figura 33 - Síntese do segundo objetivo específico: Como a atividade de trabalho dos reikianos e funcionários da saúde foram influenciados pelo reiki.....	123
Figura 34 - Síntese do terceiro objetivo específico: Quais direcionamentos podem ser dados para que a técnica consiga uma maior difusão em hospitais.	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AET	Análise Ergonômica do Trabalho
APS	Atenção Primária à Saúde
CHM	Conjunto Hospitalar Mandaqui
GT	<i>Grounded Theory</i>
MCI	Medicina Complementar e Integrativa
MNT	Medicina Natural e Tradicional
MT	Medicina Tradicional
MCA	Medicina Complementar e/ou Alternativa
NCCAM	<i>National Center for Complementary and Alternative Medicine</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PICS	Práticas Integrativas e Complementares
SAFCI	Saúde Familiar Comunitário Intercultural
SUS	Sistema Único de Saúde
TAR	Teoria Ator Rede
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1. O reiki e a PNPIC.....	19
2.2. Difusão das Terapias Complementares em ambiente hospitalar	26
2.3. A glocalização: Quando difundir é inovar	30
3. METODOLOGIA	34
4. “AQUI NEM PARECE UM HOSPITAL”: O ESTUDO DE CASO	45
4.1. “Aconteceu”: Difusão da Inovação.....	45
4.2. “Desbravadores”: Difundir é replicar?.....	57
4.3. “Aqui é um hospital”: A postura terapêutica	66
4.4. “A mão é que pega”: O protocolo hospitalar	77
4.4.1. <i>Reiki e Cromoterapia</i>	80
4.4.2. <i>Gestos</i>	87
4.4.3. <i>Sensações</i>	91
4.5. “O caminho do monstro”: Sucesso ou fracasso?.....	95
4.6. “Eles não têm tempo”: Delineando a complementariedade da técnica	106
5. “TRABALHO DE FORMIGUINHA”: REFLEXÕES FINAIS	116
5.1. Trabalho de formiguinha	116
5.2. Revisão dos objetivos de pesquisa.....	119
5.3. Considerações finais do autor.....	126
6. DO MÍSTICO AO TERAPEUTA: CONCLUSÃO	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
APÊNDICE A: ROTEIROS DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	143
APÊNDICE B : PARECER COMITÊ DE ÉTICA DA UFMG.....	147
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES DO HOSPITAL.....	148
APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FUNCIONÁRIOS E VOLUNTÁRIOS DO HOSPITAL	150

1. INTRODUÇÃO

O reiki é uma técnica de origem japonesa conhecida por proporcionar relaxamento e bem estar aos pacientes e, vem conquistando cada vez mais espaço nos núcleos e clínicas adeptas a terapias complementares, spa's, centros religiosos, dentre outros. No entanto, apresenta características curiosas, por exemplo, é uma terapia energética e natural, pois os benefícios são atingidos através transmissão de energia pela imposição das mãos do reikiano em alguns pontos do corpo do paciente. Há uma liberdade para o reikiano intuir qual a sequência de pontos e por quanto tempo deixará as mãos impostas nos pontos escolhidos do corpo do paciente.

Outro aspecto curioso da técnica é o uso de símbolos que podem auxiliar o tratamento no intuito de favorecer o equilíbrio físico, mental e emocional do paciente. Os reikianos são orientados a desenhá-los através de gestos com as mãos (no ambiente, nas próprias mãos, em alguns pontos do próprio corpo e no do paciente) ou intencioná-los mentalmente. Torna-se importante pontuar que nos meios científicos e sociais ainda não há um consenso sobre a comprovação dos benefícios no reiki.

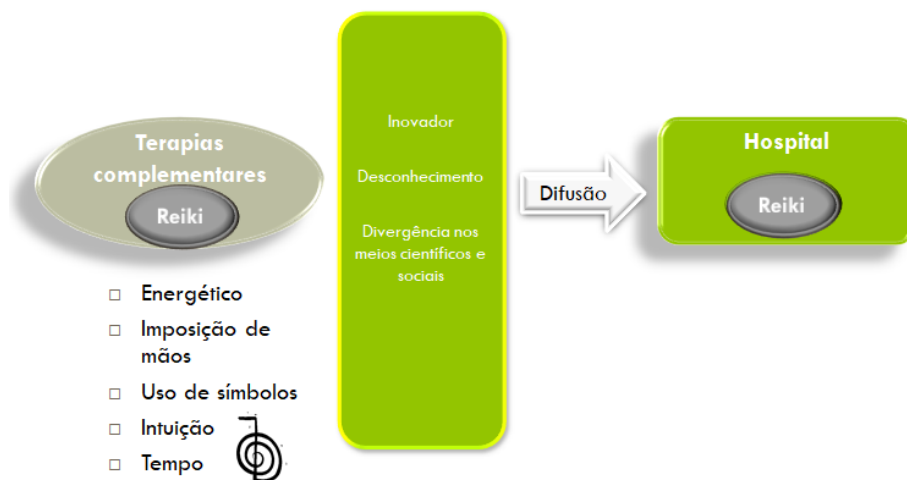
Porém, ainda que muitas pessoas não estejam familiarizadas com os princípios do reiki, o que pode gerar algum tipo de estranhamento ou não identificação no contato inicial, isso não impediu que a técnica fosse institucionalizada como prática complementar pelo Ministério da Saúde e difundida em ambiente hospitalar.

A institucionalização do reiki faz parte de um movimento que já vinha incentivando as práticas complementares a atuarem em hospitais, um marco importante se deu em 2006, quando o Ministério da Saúde difundiu através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) quatro práticas integrativas e complementares (PICS), são elas: a acupuntura, a homeopatia, a fitoterapia e a medicina antroposófica. Em 2017 a política foi complementada e, outras dez práticas foram incluídas, dentre elas, pode-se citar a ayurveda, a biodança e o reiki.

Então, mesmo que as características do reiki não sejam usuais ao ambiente hospitalar, que a técnica ainda não seja de conhecimento geral das grandes massas e que não haja um consenso científico e popular sobre seus benefícios, ainda assim, a inovação conseguiu

ultrapassar essas barreiras e através da PNPIC conseguiu fortalecer a difusão em ambiente hospitalar.

Figura 1- Cenário geral da difusão do reiki em hospital



Fonte: Banco de dados do autor

A política pode ser vista como uma ponte institucional que aproxima dois mundos, de um lado um mundo científico, tecnológico e alopático e de outro um mundo intuitivo, natural e energético. A noção de “mundo” pode ser definida como a forma de relacionar os conceitos para a cura e bem estar dos pacientes, sendo que o mundo é a escolha que o sujeito faz de certas propriedades do real, no nível de sua atividade historicamente e socialmente situada, compreendendo seus valores, normas, conceitos e vocabulários (BÉGUIN, 2005).

Embora a PNPIC incentive a aproximação das PICS em hospitais, ou seja, a sinergia de dois mundos distintos em um “mundo comum”, ela não trouxe diretrizes específicas para essa interação. Logo, é possível observar uma heterogeneidade na forma como o reiki está sendo aderido e, por vezes, as iniciativas não conseguem se perenizar. Essas situações foram verificadas nos possíveis hospitais contatados para serem estudados. Por exemplo, em um hospital, o atendimento era realizado nas dependências hospitalares, mas não possuía vínculo direto com os profissionais da saúde, então, o atendimento reiki se mostra como uma iniciativa isolada, sem vínculos com os funcionários da saúde. Em outro hospital, constatou-se a parceria com os profissionais da saúde, isto é, eles encaminhavam seus pacientes ao reiki, porém, o atendimento acontecia em ambiente externo ao hospitalar. Em um terceiro hospital, foi lançada uma nota no jornal interno, noticiando que o serviço seria integrado, porém a ideia não se concretizou. Mesmo que de forma superficial, é possível observar que a técnica se

estabelece em formatos heterogêneos e, alguns empreendimentos não atingem o sucesso esperado.

Com a motivação inicial de entender porque alguns empreendimentos conseguem o sucesso e outros não, a iniciativa do Espaço Bem Estar do Conjunto Hospitalar Mandaqui, um hospital público de São Paulo, servirá de base para responder como o reiki conseguiu ser difundido no ambiente hospitalar de estudo. Para tal, busca-se abrir a “caixa preta” do atendimento reiki com enfoque nos níveis técnico e organizacional. Isto é, como atores, saberes e objetos se interagem a favor do mesmo objetivo: que o atendimento reiki seja difundido no hospital, assim, será apresentada a caminhada da inovação, em direção ao seu “sucesso”.

Rosenberg (1994) cita que a inovação se mostra muitas vezes de maneira incontável e imprevisível e vai se adaptando às influências externas, dessa forma ele defende que o desenvolvimento não pode ser visto apenas por meio das contribuições de indivíduos isolados, é necessário também considerar os aspectos sociais. Nesse sentido, é válido ressaltar que “ ‘abrir a caixa preta da técnica’, implica, necessariamente, em ter de abrir também ‘a caixa preta da sociedade’ ” (BENAKOUCHE, 1999, p.24).

Como base teórica, utilizou-se três abordagens que direcionaram o entendimento do desenvolvimento de uma inovação: A Teoria Ator Rede, a abordagem Sociotécnica e a abordagem Social Construtivista. Para este estudo, as abordagens utilizadas de forma independentes não foram suficientes para abarcar as descobertas da pesquisa de campo, porém, vistas de forma complementar, elas caracterizaram momentos distintos do desenvolvimento da inovação.

A nível empírico, defende-se que o atendimento reiki em ambiente hospitalar não é pura imitação dos atendimentos oriundos de outros ambientes, ou seja, um atendimento que funcionava em um ambiente, não necessariamente encontrará a mesma eficiência caso seja simplesmente reproduzido em outro lugar. Desse modo, as tomadas de decisão para lidar com a multiplicidade de incertezas, irão influenciar o formato que a técnica se apresentará e, conseqüentemente, no alcance de sua difusão.

Difundir o reiki em ambiente hospitalar é também uma ação inovadora que conta com o potencial criativo de diversos atores para que a técnica seja transformada. Assim, o reiki, apesar de ser o mesmo, não o seria mais. Ou seja, há a construção de uma nova identidade

técnica para que seja viável sua difusão e, conseqüentemente, seu sucesso em ambiente hospitalar.

Figura 2 - Difundir é inovar



Fonte: Banco de dados do autor

A estrutura deste trabalho inicia com o posicionamento de que a difusão é um processo criativo que gera transformações e adaptações técnicas para a realidade local (Sessão 2: Referencial teórico). Em seguida, para entender como dois mundos distintos passaram a conviver juntos, será descrito os métodos utilizados ao abrir a caixa preta do atendimento reiki, bem como algumas mudanças de percepção do pesquisador que, juntas foram à base para os resultados apresentados (Sessão 3: Metodologia).

Sobre a pesquisa de campo, será apresentado que para o reiki conseguir seu espaço no Conjunto Hospitalar Mandaqui (CHM), a técnica por si só e seus benefícios dificilmente garantiriam seu espaço ali. (Sessão 4.1. “Aconteceu”: Difusão da Inovação). Em complemento, será relatado que desbravar um novo ambiente é mais que obter uma oportunidade para mostrar o potencial. Através da percepção que os empreendedores têm do ambiente e da própria técnica, as diversas expectativas vão sendo, pouco a pouco, traduzidas e transformadas em ajustes técnicos. (Sessão 4.2. “Desbravadores”: Difundir é replicar?).

Neste sentido, as transformações se deram tanto ao nível da postura esperada dos reikianos (Sessão 4.3. “Aqui é um hospital”: A postura terapêutica), quanto das transformações do atendimento, com a orientação de um “protocolo hospitalar” (Sessão 4.4. “A mão é que pega”: O protocolo hospitalar).

Torna-se importante mencionar que as transformações foram realizadas ao entrarem em contato com situações práticas, não foram pensadas previamente, nem organizadas de uma só vez. Tampouco essa caminhada foi somente de acertos e boas ideias: mudanças tanto no atendimento quanto na gestão fizeram parte (Sessão 4.5. “O caminho do monstro”: Sucesso ou fracasso?).

Não obstante que a influência da rede de atores e as transformações do atendimento tenham conseguido se aproximar da lógica hospitalar, a forma como ela é recebida pelos usuários também pode facilitar ou dificultar que os pacientes usufruam da terapia e a técnica atinja seu êxito (Sessão 4.6 “Eles não têm tempo”: Delineando a complementariedade da técnica).

O processo criativo presente para o sucesso da difusão foi observado através da transformação técnica e, o reiki, ainda que continue não sendo usual, se apresenta de uma forma que os pacientes estão mais familiarizados. Assim, dois mundos que pareciam diferentes podem coexistir e se complementar (Sessão 5 Trabalho De Formiguinha”: Reflexões Finais). Por fim, ressalta-se que apesar das conquistas, o ambiente desbravado ainda possui uma história recente e as transformações ainda estão acontecendo. Consequentemente, a técnica ainda não está pronta, porém, cada vez mais sua identidade no ambiente desbravado está se fortalecendo (Do Místico Ao Terapeuta: Conclusão).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. O reiki e a PNPIC

O reiki é uma prática terapêutica, de origem japonesa, que utiliza a imposição das mãos para promover o equilíbrio necessário ao bem-estar físico e mental (BRASIL, 2018). O termo Reiki quando desmembrado significa Energia Vital Universal (Rei: universo, Ki: energia vital). Ki, é a energia vital não só da matéria, mas também elementos mais sutis, como as emoções e sentimentos (BRASIL, 2018). O reiki promove a livre circulação da energia “ki” e mantém o indivíduo em equilíbrio, Assim, através do equilíbrio energético atinge o bem estar físico, emocional e mental do paciente.

Figura 3 - Atendimento reiki no CHM pela imposição de mãos.



Fonte: Banco de dados do autor

A formação reiki não possui pré-requisitos e, não é preciso ter outros conhecimentos ou formações específicas. Ela se divide em quatro níveis: o primeiro nível introduz a terapia e seus princípios e nesse nível o aluno já é capacitado a aplicar o reiki. O segundo nível aprofunda o conhecimento teórico sobre o fluxo energético e apresenta símbolos, que são utilizados para ajudar na eficácia do tratamento. O terceiro nível é mais direcionado para o desenvolvimento espiritual interno do praticante e outro símbolo é apresentado. O nível 4 ou a segunda parte do nível 3 é o treinamento Reiki Master, que concentra no desenvolvimento das habilidades necessárias para que o reikiano esteja apto a repassar a técnica e a outras pessoas (VANDERVAART *et al.*, 2009).

As pesquisas científicas que tem o reiki como base, em grande parte, são direcionadas para a área da saúde e, geralmente buscam verificar os potenciais benefícios de cura e bem

estar da terapia. Por exemplo, Bessa e Oliveira (2014) identificaram que na maioria das pesquisas, o reiki foi utilizado para contribuir na recuperação da saúde, a saber: 17 artigos (36,17%) sobre tratamento de patologias, 8 artigos (17,02%) para proporcionar equilíbrio da saúde mental, 7 artigos (14,90%) com a aplicação em enfermeiros, 6 artigos (12,77%) para favorecer o bem-estar, 3 artigos (6,38%) no intuito de dar suporte para realização de exames, 3 artigos (6,38%) no intuito de dar suporte às pessoas que se submetem a procedimentos cirúrgicos e, por fim, 3 artigos (6,38%) com aplicação em crianças.

Os mesmos autores levantaram que dos 32 periódicos nos quais foram publicadas pesquisas sobre o reiki, 17 são específicos da enfermagem. Constatou-se a presença de 41 artigos (87,23%) publicados nos Estados Unidos, 5 (10,64%) no Brasil e 1 (2,13%) na Colômbia. Desses periódicos, os que mais tiveram publicação sobre o reiki foram o *Holistic Nursing Practice*, com 6 artigos (12,77%), seguido pelo *Alternative Therapies in Health and Medicine* com 5 artigos (10,63%) e o *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, com 4 (8,50%) (BESSA; OLIVEIRA, 2014). Salienta-se que são revistas propícias a essas publicações por apresentarem palavras como holística, alternativa ou complementar em seus títulos.

Há trabalhos que direcionam seus estudos para verificar os potenciais benefícios da técnica aplicada especificamente em ambiente hospitalar, por exemplo, Baldwin *et al.* (2010) apresentam resultados de pesquisas realizados no Hartford Hospital em Hartford, Connecticut, indicando que o reiki usado durante a gravidez reduziu a ansiedade em 94%, náusea em 80%, dor em 78% e melhora o sono em 86%. Também cita que o reiki aplicado no pré e pós-cirurgia reduzem o uso de medicação para dor, encurtam as internações hospitalares e aumentam a satisfação do paciente.

Por outro lado, nem todas as pesquisas sobre o reiki se direcionam no sentido de buscar os potenciais benefícios das técnicas, há pesquisas que questionam sobre a validade dos resultados desses estudos. Por exemplo, Vandervaart. *et al.* (2009) ao utilizar critérios para validar a cientificidade dos experimentos, detectaram 485 pesquisas sobre o reiki, porém somente 12 estudos possuíam performance adequada para serem analisadas. Desses, em nove ensaios foi detectado um efeito terapêutico significativo da intervenção reiki, mas ao utilizar o Índice de Qualidade de Jadad, os autores classificaram como “pobres” onze das doze pesquisas. Dessa forma, os autores concluem que as limitações metodológicas dos estudos impedem uma conclusão definitiva sobre sua eficácia, sugerindo, por exemplo, que são

necessários ensaios clínicos randomizados de alta qualidade para detectar a eficácia do reiki em relação ao placebo. De forma semelhante, Baldwin *et al.* (2010) também buscaram classificar as pesquisas e, dos 26 estudos analisados, 11 (42%) foram classificados como “fracos” e 7 (27%) como “muito bom” para “excelente”. Distingue-se que dois dos quatro estudos classificados como “excelentes” (publicados em 2006 e 2008) envolveram experimentos em animais. Os autores citam que os animais são particularmente relevantes para os resultados das pesquisas sobre o reiki, pois descarta as influências de crenças ou estilos de vida.

Os autores também constatarem que, sobre as metodologias de pesquisa, os estudos quantitativos possuem presença maior nas publicações em periódicos revisados por pares em comparação aos estudos qualitativos. Além de maior presença, cronologicamente o primeiro artigo quantitativo revisado por pares apareceu em 1989, em contrapartida, o estudo qualitativo apareceu somente em 2001. Os autores sugerem que a qualidade dos estudos parece estar melhorando com o tempo, tanto que, dois dos quatro estudos quantitativos classificados como “excelentes” foram publicados em 2008. Em complemento, dos oito estudos classificados como "muito bom" a "excelente", todos foram publicados entre 2001 e 2009 (BALDWIN *et al.*, 2010).

Os dados citados evidenciam que ainda não há um consenso científico sobre os potenciais usos do reiki, nem sobre sua legitimidade. Além disso, ainda é uma área de conhecimento em construção sob a ótica científica, conseqüentemente, “quanto mais rico em aspectos desconhecidos e quanto mais nova uma área de pesquisa, tanto mais confuso são os experimentos” (FLECK, 2010, p.135).

Contudo, mesmo sem um consenso sobre os benefícios do reiki nos meios científicos, a técnica está presente em ambiente hospitalar, por exemplo, a *American Hospital Association* cita que 15% dos hospitais americanos (mais de 800 instalações) ofereceram o reiki como serviço hospitalar em 2007 (BALDWIN *et al.*, 2010). No entanto, o aumento da prática do reiki em ambiente hospitalar ainda não é apoiado por dados científicos adequados (VANDERVAART *et al.*, 2009).

No Brasil, as PICS estão presentes em 9.350 estabelecimentos em 3.173 municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

Outras regiões do mundo também possuem contingentes populacionais que já fizeram ou fazem uso de práticas complementares, como a Alemanha (80%), Canadá (70%), França (49%), Austrália (48%), Estados Unidos (42%), Etiópia (90%), Benin (70%), Índia (70%), Ruanda (70%), Tanzânia (60%) e Uganda (60%) (BRASIL, 2009).

Mais especificamente sobre a utilização de práticas complementares, Boon *et al* (2000) citam que no Canadá entre 2005 e 2006, 54% dos canadenses utilizavam PICS e gastaram mais de 56 bilhões em tratamentos (WILLIAMAS; KITCHEN; EBY, 2011). Já nos Estados Unidos Beard *et al* (2011) dizem que em 2007, os adultos gastaram 33,9 bilhões de dólares em tratamentos baseados nestas práticas.

No Brasil, a entrada do reiki em hospitais foi favorecida pela Portaria Ministerial GM nº 849, de 27 de março de 2017 (BRASIL, 2017), que reconheceu e difundiu o reiki através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), do Ministério da Saúde. Entretanto, a entrada do reiki em hospitais vem de um movimento paralelo a legitimação institucional de outras terapias complementares, algumas delas, inclusive, com um histórico de atuação anterior ao reiki.

Nesse sentido, pode-se citar a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, que é considerada um marco para a oferta das PICS no sistema de saúde do Brasil, pois deliberou em seu relatório final a “introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida” (BRASIL, 2009, p. 29).

Outro grande marco, foi a Portaria GM/MS nº 971 (BRASIL, 2006), publicada em 3 de maio de 2006, na qual o Ministério da Saúde difundiu através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) quatro práticas integrativas e complementares (PICS), são elas: a acupuntura, a homeopatia, a fitoterapia e a medicina antroposófica, possibilitando a inovação dos atendimentos hospitalares a aderirem técnicas que possuem uma visão diferente sobre os processos de cura e bem estar. Em 2017 a política foi complementada e, outras dez práticas foram incluídas, dentre outras: *ayurveda*, biodança, meditação, musicoterapia, reiki, shantala e yoga. Assim, a institucionalização do reiki faz parte de um movimento que já incentivava as práticas complementares a atuarem em hospitais.

O *National Center for Complementary and Alternative Medicine* – NCCAM (2018) cita que terapias alternativas são aquelas usadas no lugar de uma prática médica. As terapias complementares, como o próprio nome diz, atuam de forma a complementar um tratamento, ou seja, são usadas juntamente às práticas médicas e, por fim, as práticas integrativas, são terapias baseadas em avaliações científicas de segurança e eficácia de boa qualidade e são usadas em conjunto com a prática médica.

Em complemento a estas definições, Brasil (2018) descreve que na medicina complementar, mesmo que se utilizem abordagens convencionais e não convencionais, o modelo convencional permanece hegemônico. A classificação surgiu a partir da aproximação entre as medicinas alternativa e convencional, deixando de ser um modelo de “um ou outro” e passando a “um e outro”.

Já para a medicina integrativa as diferentes medicinas têm a mesma importância e são utilizadas conforme a necessidade em cada caso. Ressalta-se na relação terapêutica, a abordagem do sujeito como um todo e sua participação no tratamento, com ênfase na prevenção de doenças e na promoção da saúde (BRASIL, 2018).

Ao difundir os termos “práticas integrativas e complementares” (PICS), a PNPIC padronizou a nomenclatura das técnicas, visto que existem outros nomes utilizados para definir os mesmos atendimentos. Por exemplo, as PICS no México são conhecidas como medicina complementar e integrativa (MCI), em Cuba como medicina natural e tradicional (MNT), na Bolívia, as práticas encontram-se no chamado modelo de saúde familiar comunitário intercultural (SAFCI), não havendo denominação específica (BRASIL, 2009).

Essa padronização também serviu para desvincular a nomenclatura “medicina alternativa” das práticas, esse termo foi adotado no movimento de contracultura e institucionalizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1962. As medicinas alternativas enfatizaram as religiões orientais, o cuidado integral do paciente e uma suspeita com relação ao capitalismo e seus produtos; apresentando diversas abordagens de cuidado adotadas em contraposição à medicina especializante e tecnocientífica (COLLINS; PINCH, 2010a; BRASIL, 2018).

Por outro lado,

“A aceitação popular de ciências singulares como a parapsicologia – o estudo da ‘mente que domina a matéria’, a ‘telepatia’ e afins – gerou o medo de que ciências alternativas possam predominar. Criou-se um movimento contrário a essas ciências,

e seus membros assumiram que devem ‘desprezar’ tudo o que não está de acordo com os esforços cânones, em nome do verdadeiro método científico. Esse esforço é admirável quando pretende que o público não seja enganado por alegações infundadas, mas o zelo desses vigilantes autodesignados invade áreas que estão fora da sua alçada” (COLLINS; PINCH, 2010b, p.180).

Collins; Pinch (2010a) evidenciam que as práticas médicas se constituem, como outras, em práticas sociais e estão sujeitas ao arbítrio humano, de forma que o desenvolvimento científico é construído através de negociações. Os autores também destacam o fato de que, por ser uma prática social, “quanto melhor as curas que funcionam através da mente, quanto melhor elas forem para o paciente, pior elas serão para a medicina como ciência” (COLLINS ; PINCH, 2010a, p.4), pois deverá compartilhar do apoio político e financiamento disponível para a medicina enquanto ciência com a demanda por curas alternativas.

Independentemente das disputas e acusações científicas ou sociais, as técnicas foram institucionalizadas e difundidas na rede pública de saúde do Brasil através da PNPIC. Essa não é uma iniciativa isolada, é uma ação estimulada pela OMS, que incentiva Estados membros a elaboração de políticas nacionais voltadas à integração/inserção das PICS aos sistemas oficiais de saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2012).

Como marco do “Programa de Medicina Tradicional” nos anos 70, foi realizado um documento sobre a “Estratégia da OMS para a Medicina Tradicional para 2002-2005” que contemplou diagnóstico, desafios e potencialidades da Medicina Tradicional (MT), assim como o papel e objetivos da Organização. Nesse documento, a OMS (2002) se propôs a respaldar os países a:

- Integrar a Medicina Tradicional/ Medicina Complementar e/ou Alternativa (MCA) nos sistemas nacionais de saúde, desenvolvendo e implementando políticas e programas nacionais;
- Promover a segurança, eficácia e qualidade da MT/MCA, ampliando a base de conhecimento sobre essas medicinas e fomentando a orientação sobre pautas normativas e de controle de qualidade;
- Aumentar a disponibilidade e acessibilidade da MT/MCA, com ênfase ao acesso pelas populações pobres;
- Fomentar o uso racional da MT/MCA tanto pelos provedores quanto pelos consumidores.

No entanto, a adesão das PICS pelos países acontecem em tempos diferentes. Por exemplo, as recomendações da OMS tiveram origem na década de 70 e, até os anos 90, apenas cinco países possuíam regulamentação e políticas voltadas à medicina complementar. Já em 2003, esse número subiu para 44, sendo que, em outros 51 países, políticas nacionais estavam em processo de elaboração (BRASIL, 2009).

Além disso, as políticas se estabeleceram nos países de forma heterogênea. Por exemplo, nos países que possuem sistemas públicos nacionais unificados de saúde, como é o caso do Brasil e de Cuba, a incorporação e institucionalização das PICS é mais intensiva, com destaque especial para o caso de Cuba (BRASIL, 2009).

Sobre a experiência de Cuba, nos anos 90 foi criada no Ministério da Saúde Pública cubano uma coordenação para a formulação técnica e normativa, desenvolvimento de pesquisas e tecnologia, ensino, fiscalização, divulgação e estabelecimento de padrões técnicos e de qualidade. Já 1997, foi aprovado o Programa Nacional para desenvolvimento e generalização da MNT e que além das práticas mais convencionais como homeopatia, acupuntura e medicina tradicional chinesa, estão presentes também práticas tão variadas como apiterapia, ozonioterapia, campos magnéticos, hidroterapia, raios laser, hipnose e outras (BRASIL, 2009). Situação diferente de países com sistemas de saúde mais segmentados, trazendo como exemplos o México e a Bolívia, que mesmo havendo a inserção, o grau de institucionalização das PICS como política oficial de saúde é menor (BRASIL, 2009).

2.2. Difusão das Terapias Complementares em ambiente hospitalar

Os meios científicos ainda não entraram em consenso sobre os benefícios das práticas complementares, em paralelo, algumas dessas técnicas apresentam características que o grande público não está familiarizado, gerando barreiras devido a algum tipo de estranhamento ou não identificação no contato inicial com a terapia. O que torna o percurso das terapias complementares curioso, pois mesmo que enfrente barreiras institucionais e sociais, vêm conquistando cada vez mais espaço em núcleos, clínicas, spa's, centros religiosos, dentre outros.

Algumas terapias deram um passo a mais e possuem a oportunidade formalizada de atuarem em ambiente hospitalar. Isso não altera o fato de que as técnicas continuam não sendo usuais ao novo ambiente, já que possui uma ótica diferente do meio hospitalar sobre a cura e bem estar do paciente.

De forma geral, é observado um movimento institucional para a aproximação das terapias complementares em ambiente hospitalar visto que é “importante a realização de estratégias de divulgação das práticas integrativas e complementares para a população, incluindo os estudantes e profissionais de saúde, com o objetivo de torná-la mais acessível” (TRIPPO *et al*, 2017).

Contudo, mesmo que sejam dois mundos distintos, agora podem atuar em parceria, tendo os avanços institucionais como facilitadores para que esses mundos compartilhem o mesmo espaço, ao diminuir as barreiras ideológicas e sociais, através de orientações, esclarecimentos e incentivos institucionais. A própria OMS, como citado anteriormente, possui o objetivo de promover a segurança, eficácia e qualidade das terapias através da ampliação da base de conhecimentos sobre as práticas, assim como orientar sobre pautas normativas e de controle de qualidade (OMS, 2002). Por esse ângulo, pode ser observado um aumento significativo de ações, programas e políticas nos estados e nos municípios brasileiros após a aprovação da PNPIC (BRASIL, 2018).

Por outro lado, pode-se questionar os limites da abrangência da PNPIC, ou seja, de que a difusão não foi “eficiente” e ainda existe um público que não possui acesso a informação, que tem desconhecimento total ou parcial das PICS, implicando que sem esse conhecimento a consolidação no sistema de saúde público é dificultado (TRIPPO *et al*, 2017). Esse é um ponto de vista que explica a não adesão das PICS em hospitais como consequência

de carências institucionais, como por exemplo, a falta de avanços científicos, ausência de institucionalização, regulamentação e de campanhas de divulgação e conscientização. Em grande parte, os “desafios” encontrados para a adesão das práticas em hospitais ainda estão relacionadas aos aspectos institucionais e pouco se relata sobre os aspectos mais práticos.

Por exemplo, Brasil (2009, p.54) cita como desafios para que as PICS sejam aderidas:

- Insuficiência de profissionais especializados, de pesquisas científicas na área, de mecanismos de controle, de ações de capacitação e desenvolvimento de profissionais;
- Falhas de regulamentação em alguns países, gerando uma prática com qualidade heterogênea, caracterizada, por exemplo, por imprecisões na identificação das plantas a serem utilizadas por fitoterapeutas, pela deficiência no fornecimento de informações aos usuários, pelas contaminações por metais pesados ou substâncias químicas ou ilegais;
- Falhas no sistema de comunicação entre as autoridades farmacêuticas na regulamentação das drogas;
- Desconhecimento ou desinformação dos usuários sobre as práticas complementares (grande parte deles as considera terapias naturais e, por isso, seguras, podendo ser utilizadas por conta própria);
- Falta de uma sistemática de credenciamento dos profissionais adequadamente qualificados para as práticas complementares.

Mesmo quando são resgatados casos práticos, as dificuldades também são atribuídas a situações institucionais, por exemplo, sobre a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Pindamonhangaba (SP) é citado que “em relação à homeopatia, constituem-se em desafios: a ampliação da equipe de profissionais; a publicação de materiais de divulgação direcionados aos trabalhadores, gestores, conselheiros de saúde e comunidade em geral; a implantação de pronto-atendimento e da retaguarda hospitalar” (BRASIL, 2009, p.177). Já em relação à alimentação saudável e à arteterapia, “fazem-se necessárias a inclusão na Política Municipal de Práticas Integrativas e a ampliação da equipe” (BRASIL, 2009, p.178).

Atenta-se o fato de que há uma atenção maior a difusão institucional das terapias do que o acompanhamento da implementação das práticas, mesmo sabendo que as adesões seguem com desafios:

“não devem ser omitidas, todavia, as dificuldades relativas ao uso das PICS, entre elas se destacando a relativa insuficiência de dados baseados em pesquisas, as limitações do controle, o treinamento ainda pouco extensivo e a carência de expertise. No campo da regulação destaca-se o problema da falta de controle de qualidade, por exemplo, traduzida pela identificação incorreta dos produtos utilizados, as instruções (bulas) inadequadas, além da contaminação por outras substâncias, problemas agravados por falta de comunicação internacional entre autoridades sanitárias” (BRASIL, 2009,p.18).

Logo, a difusão institucional não resolve todas as dificuldades práticas, as próprias experiências, “devido à ausência de diretrizes específicas, têm ocorrido de modo desigual,

descontinuado e, muitas vezes, sem o devido registro, fornecimento adequado de insumos ou ações de acompanhamento e avaliação” (BRASIL, 2015, p.7).

Direcionamentos que tem por base buscar informações através da experiência ainda são poucas, por exemplo, para a estruturação e fortalecimento das PICS no SUS, apenas um tópico (o décimo segundo) cita que deve-se buscar o “Estabelecimento de intercâmbio técnico-científico visando ao conhecimento e à troca de informações decorrentes das experiências no campo da atenção à saúde, à formação, à educação permanente e à pesquisa com unidades federativas e países onde as PICS estejam integradas ao serviço público de saúde” (BRASIL, 2018, p. 13). No México, também há somente um direcionamento para o fortalecimento do sistema público de saúde, incentivando a promoção de congressos e seminários regionais para divulgação e troca de experiências (BRASIL, 2009 p.83).

A falta de prioridade às questões práticas mascara muitas variáveis que podem estar dificultando a perpetuação da inovação ou gerando falsas conclusões sobre a integração ao ambiente hospitalar. Mesmo assim, quando há uma aproximação dos hospitais para resgatar as experiências, nem sempre as informações trazem um aprofundamento que consiga explorar a complexidade dos sucessos ou fracassos. Quando citadas, geralmente são exaltados os aspectos positivos da iniciativa, por serem “cases de sucesso” que superaram obstáculos, sendo relatados semelhantes a sagas de heróis. Palavras como “melhor alternativa”, “tarefa grandiosa”, “missão”, se fazem presentes nesses relatos, mas pouco se diz das variáveis que foram contornadas, dos imprevistos, dos ajustes que contribuíram para o êxito. Pode-se citar como exemplo o relato da experiência da Secretaria Estadual de Saúde do Amapá (AP):

“No início muitas dificuldades foram encontradas. No entanto, o governo do estado precisava oferecer alternativas de atendimento à população e a chamada medicina natural foi escolhida como a melhor alternativa terapêutica. O caminho foi difícil e a tarefa era grandiosa: induzir uma nova política, implantando algumas práticas inovadoras. Houve inicialmente a missão de levar a toda a população a proposta de uma nova alternativa terapêutica e foi realizada uma verdadeira peregrinação às escolas municipais e estaduais e às faculdades” (BRASIL, 2009, p.139).

Observa-se que o objetivo de difundir as práticas em ambiente hospitalar possui uma lacuna de conhecimentos práticos, pois pouco se sabe como as técnicas estão sendo implantadas.

Ainda que apresentado um exemplo na área da saúde, é válido ressaltar que o ponto abordado nesta sessão se aplica a inovações de outros setores. Evidencia-se que as ações institucionais, ainda que importantes, não são suficientes para contornar as barreiras para uma

difusão mais eficiente e eficaz da inovação, tanto na implantação, quanto para abranger novos ambientes. Para uma técnica já existente em outros ambientes desbravar um novo lugar, deve haver um equilíbrio entre as iniciativas institucionais e práticas, pois a atividade real pode mascarar informações sobre as experiências que conseguiram suceder (e também os motivos daquelas que não conseguiram), informações essas que poderiam contribuir para os aspectos institucionais alavancarem a difusão.

Assim, a difusão da inovação não deve se limitar aos aspectos formais, por exemplo, as próprias características ou especificações técnicas, um bom plano de comunicação ou a replicação em larga escala. Para orientar a entrada ou mudança de um ambiente, a inovação deve estar aberta para se transformar, a continuar a se desenvolver, adaptar, de forma que sua difusão se faz também no uso, na prática.

2.3. A glocalização: Quando difundir é inovar

Em um cenário mais geral, as PICS emergem em um contexto em que ideias, conhecimentos e instituições são produzidos como mercadoria internacional (JANES, 2002) fazendo parte da globalização, que pode ser representada pelo encontro de terapias do oriente com outros universos sociais, formas terapêuticas e categorias de pacientes, gerando mudanças nas tradições dos cuidados (PORDIÉ, 2011a). A dinâmica da globalização não se resume às trocas de ideias e informações, ela vai além, a ponto de influenciar os modos de pensar e agir, impactando as relações entre o singular e o coletivo (ABÉLÈS, 2008).

Foi apresentado como a difusão da inovação pelos meios institucionais são prioridades nas ações para que os hospitais inovem em seus atendimentos através das terapias complementares, contudo, essa abordagem apresenta lacunas práticas, pois pouco se sabe das variáveis influentes nas experiências hospitalares que conseguiram (ou não) que dois mundos, *a priori* diferentes pudessem existir de forma complementar. Logo, as transformações que ocorrem a níveis individuais, coletivos e técnicos são pouco evidenciadas, mantendo certo mistério sobre o porquê algumas iniciativas se sucederem e outras não.

Essa pesquisa corrobora que o aprofundamento nos casos práticos também tem a contribuir no entendimento do sucesso da difusão da inovação. Defende-se que a difusão é um processo ativo, que requer um potencial criativo para lidar com as variáveis locais; nas quais transformações, adaptações e sincretizações se fazem presentes. Nessa lógica, a difusão da inovação não é somente trazer uma técnica que já existe há décadas e aplicá-la em um novo setor, também não é aplicar uma terapia que apresenta uma nova ótica em outra cultura.

Mais especificamente sobre o tema tratado nesta pesquisa, as terapias complementares, Guilloux (2011) exemplifica que a chegada da acupuntura na França não foi uma simples difusão vinda da China, destaca-se um processo de "co-construção", que possui interesses epistemológicos e políticos cruzados. Outro exemplo é o estudo de Candelise (2008) sobre a aplicação da acupuntura na França e a Itália, o qual enfatiza como a técnica não é pura reprodução. É revelado como algumas especificidades dos acupunturistas franceses não são encontrados entre os acupunturistas italianos e vice versa. Do mesmo modo, "o sincretismo também foi compreendido por alguns autores como a continuação de uma tradição em si mesma para um determinado sistema médico" (PORDIÉ, 2008, p.8).

Constata-se que as transformações, adaptações, ajustes e sincretismos fazem presentes nas inovações e essa trajetória pode ser vista também na inovação das terapias complementares, que ao tentar sua difusão de forma global, passam por revisões das tradições estabelecidas, tornando a fluidez das práticas um espaço aberto a inovações (HSU, 2001).

Assim, a difusão como processo ativo que gera transformações locais também pode ser retratada no contexto da globalização terapêutica, posto que “nesses contextos ditos tradicionais, os terapeutas demonstram inovação, integrando elementos e rejeitando outros, combinando às vezes terapias feitas sob medida” (PORDIÉ, 2011a). A difusão, como ação inovadora que pode desenvolver uma nova identidade técnica a ponto do serviço se desvincular da ideia original. Por exemplo, Pordié (2008) cita que durante mais de duas décadas os antropólogos observaram o surgimento e crescimento de "novos curandeiros", praticantes de novas terapias complementares ou curadores "sincréticos" sendo possível observar que esses “curandeiros” apresentam novos modelos sincréticos que se tornaram gradualmente independentes dos sistemas de onde surgiram.

Por esse ângulo, evidencia-se que para as terapias se difundirem a nível global, contrário à definição de que o global é grande e homogêneo, observa-se pela prática que o global pode ser entendido como pequeno e diversificado (LAW, 2005). Neste sentido, Robertson (1995) acredita que o termo glocalização possui um significado mais apropriado do que o de globalização.

Glocalização, pois na medida em que as práticas vão sendo difundidas - que podem ser em países diferentes daquele de origem, locais específicos, como uma clínica de práticas complementares ou um hospital – elas recebem influências globais fortes e decisivas, em vista disso, na sua produção, transmissão e transformação, podem-se observar mudanças de direção e também de significado, se conectando e se transformando em sua apropriação (PORDIÉ, 2013).

Desse modo, os processos globais são também processos localizados - um conjunto de manifestações locais, criativas e diversificadas em que os praticantes vão desenhando caso a caso, seus próprios contornos e, estes ajustes, em sua multiplicidade e heterogeneidade, produzem e tornam mais complexo o global (ONG; COLLIER, 2005).

Logo, a glocalização ressalta um caráter dinâmico na difusão da inovação, de forma que as terapias não são mais vistas como técnicas “prontas”, que serão reproduzidas, imitadas;

mas sim, terapias que se transformam em função da realidade que se encontram e, em um processo criativo, é afetado pelas percepções das diferenças sociais, culturais e geográficas, mas também, “por vínculos sob a forma de contatos, discussões e interações entre os indivíduos e as fronteiras da nação/estados seja através da internet, repetidos telefonemas, intervenções terapêuticas ou ensinamentos em uma sala de aula” (PORDIÉ, 2013, p.12).

Por exemplo, Hsu (2001) vê a evolução da medicina na China como um processo sincrético de culturas por meio de uma série de inovações, convenções e controvérsias, assim como a reorganização e reinterpretação do conhecimento. Outro exemplo é dado por Mei Zhan (2009) ao demonstrar como a medicina chinesa é produzida diferentemente de Xangai a Califórnia, reforçando as interações que transformam os conhecimentos medicinais, formando identidades locais tanto da prática quanto dos praticantes (PORDIÉ, 2011a).

Pordié (2011c) questiona que pode parecer um paradoxo que os processos de transformação sejam inovações contemporâneas, no entanto defende que não há um paradoxo entre a tradição e as inovações contemporâneas. Já que essas transformações impactam na diferenciação para conseguir mercado, pois “a identidade de uma marca é baseada em uma dada tradição terapêutica que é revisada e adaptada às circunstâncias modernas e aos novos usuários” (PORDIÉ, 2011c, p.3). Como exemplo, o mesmo autor menciona a cadeia Mango Spa, que recebeu um prêmio prestigiado pela inovação em reconhecimento aos métodos utilizados na revitalização do conhecimento antigo da Índia.

É válido fazer uma ressalva, pois, mesmo que as transformações possam se cristalizar em um determinado local e em um determinado momento no tempo, “isso não exclui o fato de que esses arranjos sócio-materiais e tecnológicos são fluidos; eles podem mudar padrões e conteúdo, ao mesmo tempo em que são propensos a uma estabilidade relativa do tempo e do espaço, por mais precária que seja” (PORDIÉ, 2013, p.11).

A aculturação também é um termo relacionado com outros conceitos que se remetem à difusão como: mudança, assimilação, incorporação, adoção, empréstimo e transferência, mas também como um tipo específico de difusão. Partindo do princípio que difundir é inovar, a aculturação, ou termo equivalente, é um processo bidirecional, ou seja, envolve trocas, retrabalhos, reinterpretações e adaptações seletivas de forma que um traço cultural transmitido nunca retém toda a sua identidade (GODIN, 2014).

Esta sessão teve como objetivo reforçar que o desenvolvimento da inovação deve ser visto para além das questões institucionais, posto que a técnica apresenta variações ao longo do tempo e do espaço sobre a influência do contexto social (Volker, 2007). É evidenciado que somente uma “boa ideia” não garante a perpetuação da inovação, em contato com um novo contexto, a técnica vai se moldando e uma nova identidade vai sendo desenvolvida para se adaptar a nova realidade.

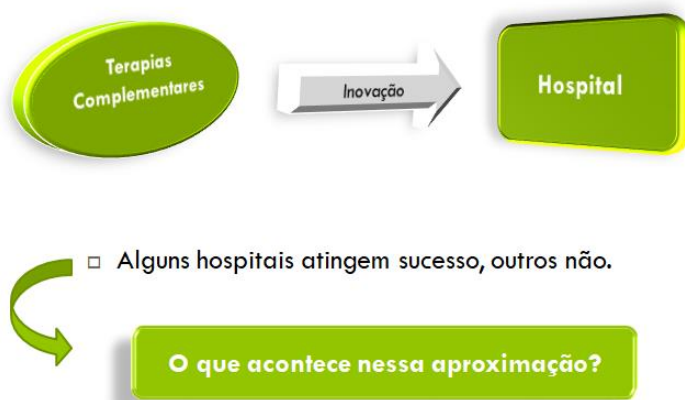
Para exemplificar, a experiência do atendimento reiki em um hospital será a base para visualizar as influências tanto da organização do trabalho quanto das transformações da técnica como fatores essenciais para o sucesso da difusão da inovação em um novo ambiente. De forma específica, para este trabalho, inovar não é somente trazer uma nova ótica para os processos de cura e bem estar, de replicar uma técnica “pronta”. A inovação será vista através das soluções dadas em razão dos diversos constrangimentos sociais, como a influência do local de atuação, dos pacientes, dos discursos terapêuticos, por exemplo.

Como base teórica para entender como a técnica teve êxito em sua difusão, três abordagens serão apresentadas em momentos distintos durante o estudo de caso, direcionando o entendimento do desenvolvimento de uma inovação, são elas a Teoria Ator Rede, a abordagem Sociotécnica e a abordagem Social Construtivista. Essas abordagens contribuirão para orientar, a nível teórico, o entendimento dos sucessos da trajetória inovadora ao levantar elementos que buscam explicar difusão a inovação sob perspectivas diferentes. Nesta pesquisa, as abordagens teóricas utilizadas de forma independentes não foram suficientes para abarcar as descobertas da pesquisa de campo, porém, vistas de forma complementar, elas caracterizaram momentos distintos do desenvolvimento da inovação. Vale ressaltar que o estudo de caso descrito, apesar de ter o exemplo de uma inovação na área da saúde, pode servir como base para discussão de processos inovadores de outros setores.

3. METODOLOGIA

O tema geral desta pesquisa está situado na inovação hospitalar ao adotar em seus atendimentos as práticas complementares, como exemplo o reiki, a técnica selecionada para este estudo. A entrada do reiki em hospitais é curiosa, pois, mesmo que se apresente características estranhas à conduta hospitalar, há um movimento para a aproximação da técnica ao ambiente hospitalar. Ainda que a PNIPC tenha contribuído para que a técnica fosse potencializada em ambiente hospitalar, nem todo empreendimento atinge o sucesso da inovação.

Figura 4 - Cenário geral da pesquisa



Fonte: Banco de dados do autor

Nesse sentido, a motivação inicial desta pesquisa era entender se a difusão do reiki pelo Ministério da Saúde seria suficiente para a técnica difundir em hospitais ou, se havia outras variáveis que devem ser consideradas para que o atendimento reiki se desenvolva no ambiente desbravado.

Dito isso, esta pesquisa se propõe a abrir a caixa preta do atendimento no intuito de responder a seguinte questão: Como o reiki conseguiu ser difundido no ambiente hospitalar de estudo?

Como objetivos específicos busca-se compreender:

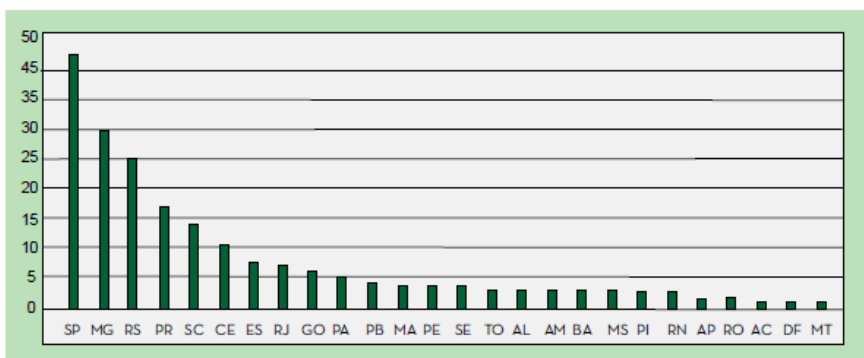
- Como a técnica entrou e se desenvolveu no ambiente hospitalar;
- Como a atividade de trabalho dos reikianos e dos funcionários da saúde foi influenciada pela novidade técnica;
- Quais direcionamentos podem ser dados para que a técnica consiga uma maior difusão em hospitais.

Para orientar os estudos que buscam abrir a caixa preta de tecnologias, Benakouche (1999) orienta três situações que devem ser evitadas, são elas: i: o destaque ao papel do inventor isolado, do gênio; ii: criticar toda manifestação de determinismo tecnológico; iii: combater a dicotomia tecnologia-sociedade, procurando tratar de forma integrada os aspectos técnicos, sociais, econômicos e políticos do processo de inovação.

Como base teórica, três abordagens direcionaram o entendimento do desenvolvimento de uma inovação: a Teoria Ator Rede, a abordagem Sociotécnica e a abordagem Social Construtivista. As abordagens de forma independentes não foram suficientes para abarcar as descobertas da pesquisa de campo, porém, vistas de forma complementar, elas caracterizaram momentos distintos do desenvolvimento da inovação e possibilitaram uma análise mais completa dos dados empíricos.

Para a escolha do reiki como técnica a ser pesquisada, levou-se em consideração o diagnóstico realizado pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, no período de março a junho de 2004, que levantou dados sobre a presença das terapias complementares nos serviços públicos de saúde. Através da metodologia de *Survey* abrangendo 5.560 gestores municipais e estaduais de saúde brasileiros, 1.340 questionários foram retornados levando à conclusão de que, em 26 estados, 232 municípios, disponibilizam algum tipo de prática complementar em seus serviços públicos de saúde (BRASIL, 2015). Observou-se que todos os estados do país possuíam alguma aplicação em ambiente hospitalar como mostrado na figura 5.

Figura 5 - Distribuição, por estado, da inserção de práticas integrativas e complementares no SUS, relativa aos questionários respondidos.

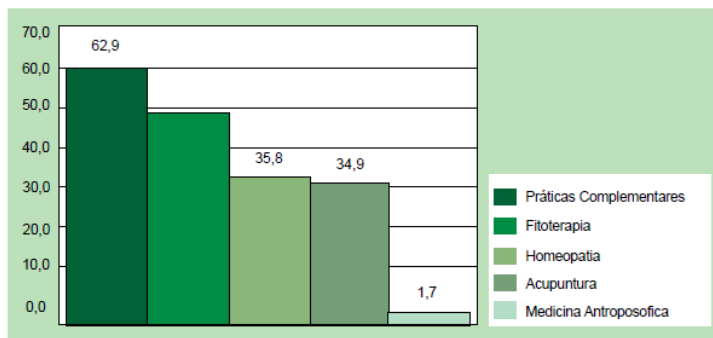


Fonte: (BRASIL, 2006)

Os resultados do *survey* mostram a predominância da fitoterapia, homeopatia e acupuntura (ver figura 6) e, além dessas três; o reiki era a técnica que possuía maior

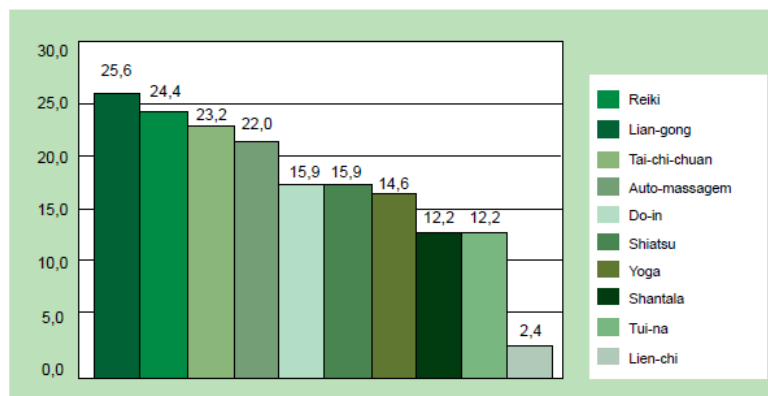
representatividade nos hospitais, dentre as práticas complementares que não foram institucionalizadas em 2006 (como mostra a figura 7). Dessa forma o reiki foi a técnica escolhida para esta pesquisa, posto que, possuía o potencial para ser institucionalizado dada a sua representatividade.

Figura 6- Distribuição, por modalidade, em porcentagem das práticas integrativas e complementares nos municípios e estados brasileiros.



Fonte: (BRASIL, 2006)

Figura 7 - Distribuição das modalidades de práticas complementares nos estados e municípios brasileiros.



Fonte: (BRASIL, 2006)

É válido ressaltar que, em 2016, no início desta pesquisa, mesmo que reconhecida pelo Ministério do Trabalho, o reiki, ainda não tinha o reconhecimento formal do Ministério da Saúde. A prática foi incluída na PNPIC em 2017.

Para a seleção do hospital sede do campo de pesquisa, alguns critérios foram levados em consideração, primeiramente, procurava-se um atendimento reiki que estivesse nas dependências do hospital, ou seja, compartilhando o mesmo espaço físico, pois no levantamento de possibilidades de hospitais, foi descoberto que existem atendimentos que não estão fisicamente integrados aos hospitais, isto é, o reiki é indicado, porém aplicado em outro ambiente.

Como exigência, esperava-se também que a aplicação fosse integrada aos atendimentos hospitalares, ou seja, que houvesse uma indicação formal dos pacientes pelos funcionários da saúde. Isso, pois foram mapeados atendimentos que o paciente deveria ter interesse e procurar a aplicação de reiki por conta própria, já que não havia encaminhamento dos profissionais da saúde para o reiki.

Por fim, além de um atendimento que estivesse nas dependências hospitalares e que houvesse um encaminhamento formal pelo funcionário da saúde, buscou-se uma experiência de atendimento público que possuísse mais de três anos de atuação para que a pesquisa pudesse desenvolver em um local mais estabilizado de forma que a pesquisa corresse menos risco de não poder dar continuidade.

Cumprindo esses requisitos, o Conjunto Hospitalar Mandaqui (CHM), um hospital público de São Paulo foi selecionado e pode ser considerado um empreendimento de “sucesso”, pois os atendimentos são oferecidos no Espaço Bem Estar desde 2012 (antes mesmo da difusão do reiki pelo Ministério da Saúde em 2017) e, além disso, o hospital apresenta características de um atendimento formalizado, possuindo uma sala própria nas dependências do hospital e os pacientes são encaminhados pelos funcionários da saúde.

O empreendimento do Espaço Bem Estar do CHM desperta a curiosidade de muitas pessoas interessadas em desvelar os segredos do “sucesso” alcançado. Em função dessa situação, o acesso a este campo de pesquisa foi impactado, pois, nos primeiros contatos telefônicos com a voluntária idealizadora do projeto para mapear a possibilidade de desenvolver esta pesquisa, foi entendido que havia o interesse na “receita do bolo” e ela se mostrou indiferente e resistente aos contatos feitos pelo pesquisador. Após quatro contatos frustrantes, conseguiu-se esclarecer que não se buscava uma receita mágica de sucesso, um passo a passo, mas uma análise detalhada do empreendimento e suas atividades.

A partir daí, este trabalho “aconteceu”, sendo possível abrir a caixa preta do atendimento reiki, para entender como uma técnica energética conseguiu seu espaço em um ambiente hospitalar, tal como as ações que influenciaram o desenrolar do empreendimento.

Como abordagem metodológica, esta pesquisa pode ser caracterizada como uma pesquisa qualitativa que pode ser útil para o estudo das ações sociais individuais e grupais por realizar um exame intensivo dos dados e pela heterodoxia no momento da análise, de forma

que o exercício da intuição e imaginação faz parte da pesquisa no aprofundamento da análise (MARTINS, 2004).

Dentre os estudos qualitativos, o estudo de caso pode ser utilizado para o conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados (YIN, 2015). De maneira mais específica, optou-se pelo estudo de caso descritivo; que segundo Miguel (2012), tem o propósito de descrever o comportamento das variáveis envolvidas numa pesquisa. A descrição auxilia no entendimento do problema pesquisado de forma que os resultados podem ser usados posteriormente para a formulação de hipóteses de causa e efeito.

Após o contato com o espaço Bem Estar do CHM, para fins exploratórios, foram realizadas entrevistas abertas com o coordenador reiki da época. Nos primeiros contatos, por telefone, buscou-se mapear a situação do atendimento reiki e foi tentado sem êxito propor uma hipótese que poderia ser desenvolvida para dar início a pesquisa, posto que o trabalho dos reikianos estavam além das expectativas do pesquisador. Dessa forma, percebeu-se que seria melhor não mais formular hipóteses para validar uma teoria e, sim deixar o campo guiar o que se encaixou perfeitamente com a proposta metodológica de pesquisa da *Grounded Theory* (GT).

A *Grounded Theory* tem como base a construção de teorias enraizadas nos dados ou seja, cabe o pesquisador analisar os dados que emergem dos próprios envolvidos e do local estudado, assim, a escolha da GT é apropriada quando a intenção é “indagar um certo tema com o objetivo de fazer emergir os processos subjacentes às afirmações dos participantes ou aos fenômenos observados” (TAROZZI, 2011, p.93).

Para guiar a pesquisa de campo, Tarozzi (2011) destaca três instrumentos, que foram utilizados no desenrolar da pesquisa: 1) a observação etnográfica; 2) a entrevista, de preferência semiestruturada 3) os documentos e a análise de texto. O memorando é outro recurso metodológico que foi utilizado, que se consiste em anotações sobre intuições e hipóteses para guiar o desenvolvimento da pesquisa (TAROZZI, 2011).

O pesquisador utilizou desse recurso em diversos momentos: após entrevistas, nas observações da atividade, pós campo e em momentos de transcrições, no qual reflexões eram escritas, servindo como inspiração para a escrita do texto final, assim como o encadeamento de ideias.

Em complemento a GT, princípios da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) se fez necessário para a compreensão de que a atividade de trabalho não pode ser reduzida ao trabalho prescrito, suas normas e regulamentos (GUÉRIN *et al*, 2001). Por isso, muitas vezes são negligenciadas a maneira como os trabalhadores tratam as informações em função de sua formação e experiência profissional bem como seus raciocínios para decidir as ações (GUÉRIN *et al*, 2001). Consequentemente, muitas disfunções constatadas em uma atividade tem origem no desconhecimento da atividade real e, a AET contribui para entender essa diferença, entre o que foi prescrito e a atividade real, em outras palavras, “a diferença entre ‘o que é pedido’ e ‘o que a coisa pede’, e as estratégias para administrar essa distância” (GUÉRIN *et al*, 2001, p.15).

Para entender a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real dos reikianos, utilizou-se de observações abertas e sistemáticas, entrevistas abertas e semi-estruturadas e também a entrevista de autoconfrontação, que através do relato livre do trabalhador, busca informações para compreender os sentidos que o próprio trabalhador imprime aos resultados obtidos pelo pesquisador (DINIZ; ASSUNÇÃO; LIMA, 2005). A autoconfrontação foi um recurso utilizado para evidenciar as diferenças individuais dos terapeutas e suas relações com o paciente de forma a entender os aspectos cognitivos que levam a ações gestuais observáveis durante o atendimento.

Para esta pesquisa, foram entrevistados: a Diretora do CHM, 7 (sete) funcionários da saúde do CHM, 14 (catorze) voluntários reikianos, incluindo a idealizadora do projeto e o coordenador do atendimento reiki e 15 (quinze) pacientes. Além das entrevistas, dados secundários foram utilizados através das consultas aos prontuários dos pacientes.

As entrevistas foram realizadas nas dependências do hospital, foram gravadas e depois transcritas. Durante as entrevistas, algumas informações passaram despercebidas, seja porque no momento ainda não se “via” o dado “emergir”, seja porque o foco estava em manter uma fluidez na entrevista, ou por estar pensando na próxima pergunta, por isso, as transcrições auxiliaram o pesquisador a identificar alguns pontos que poderiam ser aprofundados em outras oportunidades.

Vale ressaltar que a subjetividade do pesquisador não pode ser desconsiderada, porém esteve-se atento para que a subjetividade não interferisse de forma a distorcer os dados coletados. Durante as entrevistas, tentou-se ao máximo estar atento se os dados emergiam do campo ou se vinham do juízo de valor do pesquisador. Alguns fatos que contrariaram as pré

concepções do pesquisador foram aprofundados, pois foi considerado que as “surpresas” para o pesquisador também poderiam ser de interesse para o leitor, contribuindo para evidenciar a complexidade do desenvolvimento da prática em ambiente hospitalar.

Sobre a observação, é válido ressaltar que o pesquisador não havia “o olhar” para conseguir ver os dados “emergirem”, essa competência foi sendo construída ao longo da pesquisa. Outra interferência na relação com o campo foi que, após um ano de pesquisa, em 2017, o pesquisador foi surpreendido ao saber que o reiki havia sido reconhecido como uma terapia complementar pelo Ministério da Saúde, conseqüentemente o olhar sobre o campo mudou.

No começo, o direcionamento da pesquisa era pouco situado e não correspondia ao escopo de uma pesquisa de mestrado. Acreditava-se que o desbravamento conseguido pelos reikianos era “a prova” de que o reiki poderia ser regulamentado em hospitais e a vontade inicial era legitimar o saber dos reikianos pela experiência. Julgava que o reiki não desenvolvia devido a uma carência institucional e que a pesquisa poderia orientar nesse sentido. Com o passar do tempo o escopo foi se aproximando de uma pesquisa mais viável, menos abrangente e mais situada.

Nos primeiros passos, a observação da atividade de trabalho parecia algo simples, porém o pesquisador não tinha os “olhos treinados” e houve um deslumbramento com o trabalho dos reikianos. O atendimento estava além das expectativas pessoais e agravado pela incipiência metodológica o pesquisador estava distante de ter “o olhar” que conseguiria ver os dados “emergirem”. Não se enxergava uma “brecha”, uma contradição, um problema que daria uma pesquisa. Ao contrário, havia somente a admiração pelo empreendimento.

A imagem que o coordenador do reiki passava ora era de um herói, ora de um ser iluminado. O trabalho dos voluntários também tinham muitas significações subjetivas, era percebido como uma afronta à medicina tradicional, uma conquista para a técnica reiki. E nessa mistura de sentimentos, houve uma dificuldade de formular as perguntas e saber separar o que era a pesquisa, o que era curiosidade e o que era aprendizado pessoal sobre a técnica.

A incipiência foi notada nas apresentações iniciais onde era advertido que a pesquisa estava “tomando partido” e, em uma apresentação, o discurso do pesquisador foi comparado ao de um ativista. Aparentemente as falas apresentavam traços tendenciosos que não cabia em uma pesquisa científica.

O próprio título deste trabalho: “Aqui nem parece um hospital” pode representar a percepção do autor ao começar a pesquisa de campo, como se ali, realmente não fosse um hospital. Era fácil esquecer que a sala reiki era situada em um corredor onde se via a dor, a espera e o sofrimento. Em um momento da pesquisa o autor se surpreendeu ao perceber que era preciso se policiar para não olhar o atendimento reiki com os mesmos olhos do atendimento em outros ambientes.

A partir daí o autor começou a se observar, a monitorar o foco das observações e seus pensamentos e enfim, os dados começaram a “emergir”. Ainda não havia a compreensão de que a entrada do reiki no ambiente hospitalar não se dava somente pelos aspectos técnicos, como se não precisasse levar em consideração as necessidades do novo ambiente e a forma como pacientes e terapeutas se relacionavam com a técnica. Então, emergiu que o problema não estava nas questões institucionais, nas relações do reiki com o hospital, na resistência dos funcionários da área da saúde. Assim, não era preciso acusar os avanços científicos ou as instituições governamentais. Percebeu-se o que emergia: que o atendimento em si era um campo de pesquisa riquíssimo, contrária a percepção inicial que o as dificuldades do atendimento reiki seriam sobre questões subjetivas, barreiras científicas e/ou ao enfrentamento médico.

Ainda que na teoria se entendesse que uma técnica passa por adaptações quando o ambiente muda, não havia hipóteses de como essa situação se apresentaria na prática, já que no início da pesquisa o reiki parecia uma técnica muito simples: somente imposição de mãos... Porém, o significado dos dados coletados começou a ser compreendido e a questão de pesquisa começou a emergir: a entrada de uma prática energética em ambiente hospitalar. Assim a caixa preta do atendimento reiki começaria a ser aberta.

Desde o início da pesquisa a “falta de terapeutas” era constantemente relatada e, por inexperiência, julgou-se que o problema era em função da quantidade e, conseqüentemente a hipótese era de que a solução seria investigar a motivação de pessoas que se voluntariam, já que era um trabalho voluntário e as pessoas poderiam não querer trabalhar nessa condição.

Também havia sido levantado como hipótese que a falta de voluntários se dava por não haver uma comunicação eficiente sobre o atendimento e, deveria trabalhar nas estratégias de divulgação do trabalho para atrair reikianos. Outra hipótese levantada foi que não havia voluntários devido ao processo lento para ser reikiano no hospital e as pessoas desistiam, já

que antes de serem reikianos, elas deveriam passar por todo o processo de ser voluntário, inclusive ficar no bazar em média três meses.

Obviamente, essas hipóteses se mostraram equivocadas, além disso, acreditava-se que essas hipóteses “emergiram”, mas percebe-se que todas eram imposições do pesquisador, ainda não havia o entendimento prático da GT e seguia-se com os vícios de um engenheiro que busca solução, mesmo sem ter entendido que o problema não era a falta de reikianos em quantidade.

Tarozzi (2011) orienta que para a análise de dados é interessante que as falas sejam codificadas, para em seguida interligá-las com o objetivo de identificar as categorias centrais. Desta forma, as categorias trazem uma clareza e um direcionamento para a condução da pesquisa, contribuindo também na (re)formulação de hipóteses.

Na GT, até que se chegue ao objetivo final, as perguntas de base vão se transformando ao longo da pesquisa. Para orientar as perguntas que deram origem a este trabalho, as categorias centrais que emergiram do campo são: “falta voluntários”, “místicos”, “postura hospitalar”, “protocolo hospitalar” e “falta de tempo”. Em seguida será descrito as fases das entrevistas que foram sendo moldadas em função dessas categorias centrais.

Na primeira fase, a hipótese inicial era baseada em uma crença pessoal do pesquisador de que o reiki não se desenvolve em ambiente hospitalar devido à descrença dos funcionários da saúde e caso conseguisse um espaço, os atendimentos aconteciam de forma precária e informal. Essa fase contou com duas entrevistas abertas com o coordenador reiki na época (V1), de em média 35 minutos cada. As entrevistas foram realizadas por telefone e tinham como objetivo obter informações do ambiente de modo geral bem como noções gerais do funcionamento do atendimento reiki no hospital.

Na segunda fase, buscou-se entender o trabalho prescrito, ou seja, os procedimentos do atendimento, como a divulgação da técnica atingia os reikianos, funcionários da saúde e pacientes. Buscou-se também entender a relação do atendimento reiki com o voluntariado.

Para tal, foram realizadas as primeiras pesquisas de campo. As observações e entrevistas abertas foram abrindo espaço para as entrevistas semi estruturadas. As entrevistas sendo situadas, facilitaram a compreensão dos argumentos apresentados pelos entrevistados, além de presenciar situações que seriam usadas para novos questionamentos em outras fases.

Ocorreram, nesta etapa, entrevistas com o coordenador na época e outros seis voluntários. Também foram analisados os prontuários dos pacientes.

Nesta fase, questionava-se porque a mesma experiência não poderia ser reproduzida com êxito em outros hospitais, já que ali era um *case* de sucesso. Acreditava-se que as barreiras eram, em grande parte, dadas a não regulamentação institucional. Nesta etapa, as hipóteses continuavam sendo influenciadas pelos pré-conceitos do pesquisador e as hipóteses ainda tinham influência das subjetividades do pesquisador do que baseada no que emergia do campo.

Na terceira fase, os dados começaram a emergir e constatou-se que a dificuldade de reprodução do reiki em hospitais não poderia ser somente atribuída às questões externas (opinião dos funcionários, pesquisas científicas ou institucionalização), havia também uma questão interna. O atendimento ao se aproximar de uma conduta mais padronizada e neutra, se afastou da lógica que a maioria dos reikianos estava familiarizada e, conseqüentemente, alguns voluntários não conseguiam se adaptar a postura hospitalar esperada. Compreendeu-se que a reclamação sobre a falta de voluntários reikianos não era pela quantidade, mas sim daqueles que poderiam se adaptar a nova realidade.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas para entender as percepções de sete reikianos sobre o atendimento, sobre a postura esperada e o protocolo hospitalar. Com a idealizadora do projeto reiki (V0) buscou-se entender como o reiki conseguiu seu espaço no hospital.

Na quarta fase as categorias centrais foram retomadas e exploradas com mais detalhes. Aprofundou-se nas questões referentes ao protocolo hospitalar de atendimento e a postura terapêutica de cinco reikianos. Nesta etapa a diretora do hospital também foi entrevistada no intuito de validar algumas informações coletadas com os voluntários, bem como entender o posicionamento do hospital frente a técnica. Todas as entrevistas foram semi estruturadas.

Apesar do foco principal deste trabalho estar voltado para o atendimento reiki, na quinta fase da pesquisa, foram entrevistados sete funcionárias do hospital, a saber: acupunturista, endocrinologista, estomaterapeuta, neurologista, nutricionista e (duas) psicólogas. Através dessas especialidades buscou-se entender a categoria “eles não tem tempo”, frase muito citada entre os reikianos a respeito dos funcionários que não enviam seus pacientes ao atendimento reiki. Por fim, esta etapa também aprofundou na relação dos pacientes com a técnica.

A sexta e última etapa buscou trazer um detalhamento maior sobre as variabilidades individuais dos atendimentos. Nesta etapa também buscou verificar se as verbalizações condiziam com a prática observada.

Para tal, contou com 6 entrevistas de autoconfrontação. O atendimento era filmado e depois o reikiano era convidado a explicar sua atividade baseado na filmagem. Em especial, foi realizada uma autoconfrontação que ocorreu em três momentos, um em que paciente e terapeuta reiki comentaram sobre o atendimento. Outro somente com a paciente e por fim, somente com a terapeuta.

Para finalizar, como orienta a metodologia da AET, contou-se com o envolvimento dos terapeutas nos processos de validação dos resultados.

Torna-se importante mencionar que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (ver Apêndice B) e como etapa necessária, durante as entrevistas, os participantes assinaram o temo de livre consentimento para contribuírem para o estudo (ver Apêndice C e D).

Para dificultar a identificação e preservar o anonimato dos participantes, os voluntários serão apresentados como V0, V1, V2 e assim por diante. Em especial V0 é a idealizadora do projeto e V1 foi o voluntário que assumia o cargo de coordenador do atendimento reiki em grande parte desta pesquisa. Os voluntários que poderiam ser facilmente reconhecidos foram consultados para permitir a publicação. Os pacientes também serão nomeados como P1, P2 e assim por diante. Os funcionários do hospital também não serão identificadas no texto, de forma a serem nomeadas como F1, F2, F3 e assim por diante.

4. “AQUI NEM PARECE UM HOSPITAL”: O ESTUDO DE CASO

4.1. “Aconteceu”: Difusão da Inovação

“Ele me perguntou como eu consegui tudo isso. Eu respondi, olha, me pergunte coisas fáceis, coisas difíceis eu não sei responder. Eu não sei. Aconteceu” (V0).

O tema geral desta pesquisa situa-se na inovação dos atendimentos hospitalares que podem adotar práticas complementares em seus serviços, como o reiki, a técnica selecionada para este estudo. A caixa preta do atendimento reiki do hospital selecionado será aberta de forma a entender as ações que possibilitaram a difusão da terapia nesse ambiente, bem como as ações que levaram o sucesso da integração de dois mundos diferentes.

No intuito de direcionar empreendimentos para alcançarem o sucesso da inovação, há quem proponha modelos, passíveis de serem sistematizados em fases a serem seguidas, em sequência, na qual cada fase possui um tipo específico de atividade e conhecimento a ser aplicado, de forma que, de fase em fase, gera-se um resultado claro e distinto associado a cada uma das etapas e então o sucesso é alcançado (ROSEGGER; MANTEL, 1987).

A simplificação da realidade através de modelos busca explicar aspectos gerais da inovação e, ainda que dificilmente se consiga traduzir realidades particulares, a sistematização de um processo inovador é uma forma de orientar os empreendimentos a terem êxito. Existem outras vertentes que buscam orientar um empreendimento a suceder, como exemplo, a ótica da difusão da inovação. Rogers (2003) diz que a difusão é o processo pelo qual a inovação é comunicada por alguns canais, durante certo tempo, para membros específicos de um sistema social. O autor cita também que para uma inovação ser considerada, ela deveria ser difundida para que todos possam ter acesso à informação, pois a difusão pelos meios massivos é importante para atingir os meios interpessoais.

É válido ressaltar que, muitas vezes, a inovação e a difusão são entendidas como parte de um processo, sendo sequenciais, ou seja, para que a inovação tenha êxito, ela deve ser seguida pela sua difusão (GODIN, 2014). Em outras palavras, caso a difusão da inovação seja bem trabalhada, ela poderia impulsionar a ideia a atingir o público almejado.

Nessa direção, uma iniciativa realizada pelo Ministério da Saúde para incentivar a inovação dos atendimentos hospitalares através das terapias complementares foi a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Essa política difundiu a

possibilidade dos hospitais inovarem seus atendimentos através de algumas práticas, dentre elas, o reiki.

Dessa iniciativa, pode-se inferir que a dificuldade para técnicas complementares serem implementadas nos hospitais é devido à falta de conhecimento ou esclarecimento sobre as práticas perante a classe médica e popular, então, um bom plano de difusão poderia amenizar questões ligadas à falta de credibilidade ou estranhamento das características pelo grande público.

Por exemplo, o reiki é uma técnica que ainda possui divergências sobre seus benefícios da aplicação e apresenta características que são diferentes da lógica hospitalar: a técnica se apresenta como uma terapia energética e seu princípio é baseado na imposição de mãos. Também, nos cursos de formação, o reikiano é instigado a desenvolver uma intuição sobre onde e quanto tempo deixará as mãos impostas nos ponto energéticos do paciente e, por fim, outra característica da prática é a utilização de símbolos, que podem ser desenhados de forma mental ou gestual.

Nos atendimentos hospitalares “energia”, “pontos energéticos”, “imposição de mãos” ou “símbolos” são vocabulários pouco usuais, apesar de que isso não impediu que a técnica fosse reconhecida e difundida pelo Ministério da Saúde possibilitando hospitais inovarem em seus serviços, podendo agora alcançar o bem estar sob uma ótica diferente daquela comumente trabalhada nos hospitais.

Ainda que haja o incentivo para oferecer o reiki nos serviços hospitalares, há empreendimentos que não conseguiram sair da ideia e, outros que deram seus primeiros passos, porém não conseguiram perenizar-se ao longo do tempo. Então, mesmo que haja o esforço para difundir as terapias, muitos empreendimentos não se perpetuaram.

Ainda sob a ótica da difusão da inovação, pode-se levantar como hipótese que o fracasso de algumas iniciativas é o resultado de estratégias de comunicação que não atingiu o público alvo e, eles continuam desinformados. Também pode-se supor que o plano de divulgação não auxiliou para amenizar a resistência ao “novo” em ambiente hospitalar; reforçando que a técnica não é bem vinda ou não funciona naquele ambiente por serem de lógicas muito diferentes, tal que seria um corpo estranho a ser rejeitado.

Porém, essas hipóteses são superficiais, pois o conceito de “difusão” citado se confunde com próprio processo da “comunicação”, além disso, nessa definição se

desconsidera os interesses pessoais, culturais, políticos, ideológicos e mercadológicos das inovações, pouco discutindo, por exemplo, a adequação das inovações à realidade e desejo individual em que uma pessoa tenha livre arbítrio de adotar ou não uma inovação (FILHO; GOULART; CAPRINO, 2007).

Antes de aprofundar o entendimento do sucesso da inovação do atendimento reiki no CHM, é válido ressaltar que anteriormente à iniciativa do Ministério da Saúde de difundir o reiki através da PNPIC, iniciativas de aplicação de reiki em hospitais já estavam sendo realizadas. Esse é o caso do hospital deste estudo, o qual o reiki atua desde 2012 promovendo a saúde e o bem estar de seus pacientes.

A iniciativa do hospital desperta o interesse por ser considerado um dos pioneiros a levar o reiki para o ambiente hospitalar e manter o sucesso, visto que se pereniza até o momento e possui uma boa infraestrutura e bom vínculo com os funcionários da saúde, que encaminham seus pacientes mantendo a agenda de atendimentos com bom fluxo. Nesse sentido, esta sessão busca aprofundar o estudo sobre o “sucesso” de um atendimento reiki em hospital, o Espaço Bem Estar do Conjunto Hospitalar Mandaqui.

O caráter inovador e sucedido deste empreendimento despertou a curiosidade dos meios de comunicação e a iniciativa foi divulgada em reportagens da internet, jornais, canais de televisão, emissoras de rádio e revistas locais. Nas reportagens, geralmente quando perguntados sobre qual é a “receita do bolo” para que o atendimento reiki tenha dado certo, as respostas dificilmente são suficientes para dar alguma orientação, podendo ser desapontadoras para quem busca um passo a passo para o empreendimento de sucesso. A própria voluntária idealizadora do projeto diz que não sabe o que foi feito, que “aconteceu”.

Essa resposta é desapontadora para vertentes que atribuem o sucesso da inovação a um empreendedor, ressaltando habilidades visionárias e brilhantes. Desapontador também para quem defenda a capacidade de desenvolver uma ideia, como se o sucesso de uma inovação dependesse de uma estratégia sólida, de um plano de negócios detalhado e bem orientado.

Diferente da ideia que a entrada e perenidade da inovação é garantida por ideias visionárias ou baseada na antecipação das necessidades do usuário; por planejamentos bem executados; ou de uma boa estratégia de difusão, a entrada do reiki no CHM será apresentada sob uma ótica coletiva. Mesmo sob a ótica de ações sociais, os atores apresentados nem sempre são humanos, mas uma associação entre humanos e não humanos, suas próprias redes e as conexões com outros atores (Latour, 1994).

Isto é, para responder a questão de pesquisa de como o reiki conseguiu ser difundido no ambiente hospitalar de estudo, nesta sessão será descrito uma relação entre a técnica e a sociedade, de forma que alguns atores desempenham papéis essenciais para produzir efeito na rede, essa que representa as conexões de diversos atores (humanos ou não humanos) em prol do desenvolvimento da técnica. Por exemplo, para este estudo considera-se além dos empreendedores e da diretora do hospital e as relações sociais que possuem; o histórico do voluntariado e do hospital, a infraestrutura e a própria técnica, os quais serão apresentados a seguir.

Primeiramente, torna-se importante mencionar que o atendimento reiki neste hospital é um projeto do Voluntariado Mandaqui, atuante desde 1995 no CHM, em uma história de dedicação, confiança e parcerias que foi essencial para o início dos atendimentos reiki.

O voluntariado do hospital atua atendendo algumas demandas em prol do conforto para pacientes que frequentam o espaço. Dentre outras atividades, eles possuem um bazar, que através da venda de roupas, calçados, acessórios e outros itens como livros; arrecadam dinheiro para fazer doações de cadeiras de rodas normais e especiais, muletas, andadores, remédios, enxovais de bebês para alguns pacientes mais carentes, *kits* higiênicos (escova e pasta de dente, fio dental...), dentre outros.

Vale ressaltar que além dessas ajudas, também são realizados projetos que o voluntariado faz em parceria com o hospital, por exemplo, o projeto da brinquedoteca, que ativaram um espaço de lazer para as crianças; o “trote universitário,” que em parceria com uma universidade, essa envia seus alunos novatos de medicina para auxiliar os profissionais da saúde em algumas funções mais básica. Assim, o atendimento reiki não foi o primeiro projeto que o voluntariado estabeleceu, já havia um histórico de confiança e dedicação. Observa-se que o voluntariado possui certo prestígio ou carisma face ao hospital.

Outro ator que contribuiu para o reiki conseguir seu lugar no hospital foi a voluntária idealizadora do projeto (V0). Ela já era familiarizada ao ambiente hospitalar em função do seu histórico no voluntariado e possuía o reconhecimento da diretora do hospital. Importante mencionar que antes da ideia do atendimento “surgir” ela já tinha um histórico com a técnica. Era reikiana e aplicava reiki de forma informal, em pessoas a seu redor, inclusive nas outras voluntárias do próprio hospital. Contava também com uma experiência mais formalizada, aplicando reiki em um posto de saúde de sua cidade natal, a convite de uma médica que encaminhava funcionários e alguns pacientes para ela.

A Diretora do hospital também foi um ator importante para a ideia se desenvolver, ela concedeu o aval para que o atendimento reiki iniciasse, não por um processo de longas negociações, avaliação de mercado e planejamento, pois como tinha um vínculo tanto com o voluntariado, quanto com a instituição, favoreceu a adesão à ideia sem grandes negociações.

A relação entre o voluntariado e a diretoria do hospital foi sendo construída através das parcerias realizadas e o voluntariado foi transitando de um coadjuvante para um parceiro do hospital, de forma que essa relação possibilitou uma liberdade maior de atuação do voluntariado. A diretora do hospital reforça este vínculo, dizendo que “as voluntárias participam de reunião de diretoria. Elas estão sempre. Elas precisam saber o que esta acontecendo. Elas me ajudam nas ideias” (Diretora do hospital).

Dessa forma, em função do prestígio ou carisma que o voluntariado vem conquistando há alguns anos, havia um canal de comunicação acessível para que a ideia pudesse ser apresentada e, mais do que percebido os benefícios da técnica, “o reiki foi um ato de confiança. Confiança no voluntariado” (V0). O respeito e a confiança depositada no trabalho do voluntariado é reforçado pelo fato de que o pai da Diretora foi o fundador do voluntariado.

“Quem fundou o voluntariado foi meu pai. Tem toda uma história. Tem um respeito pelo voluntariado. Aqui é outra riqueza. São ricos de vontade, de esperança, de garra, porque são senhoras simples que vem se desenvolvendo para isso. [...] são pessoas que vem de coração” (Diretora do hospital).

Ela diz ter um vínculo com o hospital e atribui o respeito que possui das pessoas em grande parte por conta disto: “Eu tenho uma raiz que os outros não tinham. [...] Eu tenho uma responsabilidade social frente ao bairro. Eu moro no bairro até hoje. [...] Existe todo um envolvimento pessoal e emocional aqui dentro. Com isso a gente vai avançando” (Diretora do Hospital).

Esse envolvimento é observado nos serviços que ela apoia no hospital, por exemplo, ela se orgulha de ser um hospital que tem uma creche e uma capela.

“A capela tem um sentido aqui dentro, a capela era onde as pessoas se casavam, isso era em 56. Isso aqui era só mato e as pessoas vinham aqui com tuberculose, porque era perto do horto florestal. Elas moravam e continuavam aqui e saíam depois de curada ou não. E viviam aqui por anos e anos e anos. Lá onde era o ambulatório era onde ficavam as pessoas que tinham fogo selvagem. Então aqui dentro a gente tinha escola, teatro, meu pai trazia filmes para trazer para as crianças. E tinha a capela, onde elas assistiam missa. E era onde tinha a fé, que movia essas pessoas” (Diretora do hospital).

A técnica também não foi a primeira PIC a ser oferecida no CHM, vale ressaltar que outra terapia complementar, a acupuntura, já fazia parte dos serviços para o paciente. A acupunturista é médica, porém dedica somente para a acupuntura no CHM, possui sala própria e uma rotina fixa de pacientes. A própria diretora também já tinha contato com a acupuntura e homeopatia ao ter feito um trabalho de facilitar esses atendimentos em outro hospital. Então a temática não era algo totalmente estranho para alguns envolvidos deste hospital. Apesar disso, a diretora reforça que a entrada de terapias “deve ser feito com delicadeza, pois não são todos que veem essas técnicas como algo bom” (Diretora do hospital).

Desse modo, as experiências pessoais da voluntária assim como as relações que possuía dado seu histórico no voluntariado, encontraram com uma demanda da diretora.

A diretora do hospital me chamou para ir ver uma obra, alguma coisa que eles estavam quebrando e eu fui. Ela estava conversando com outra funcionária, que precisava de alguma coisa nesse hospital, de um algo a mais, que precisavam de um não sei o que. E eu muito enxerida, disse: Eu tenho. [...] Aí eu expliquei. [...] Falei do reiki, outras medicinas, peguei uns recortes de revista e mostrei que para todo canto usa” (V0).

Ressalta-se que a ideia surgiu em um contexto e, as relações sociais e experiências anteriores dos atores foram essenciais para que a ideia tenha sido considerada. Não foi um projeto isolado em um hospital qualquer, um projeto implantado sem contexto que, a ideia por si só, se perpetuaria. Voluntariado, voluntários, o hospital, a diretora e o histórico das relações que possuíam, todos esses atores favoreceram que a ideia pudesse tomar forma.

Em complemento, o pensamento de que o projeto foi “sorte” ou o de que foi algo bem planejado, com ideias pré definidas, com objetivos claros, organizados passo a passo através de um plano de ação bem executado não explica o êxito do atendimento. Observa-se que havia uma rede formada em prol do reiki mesmo antes da possibilidade da aplicação formal do reiki ser sugerida em um contexto específico. As relações sociais deve ser levada em consideração ao influenciar para que a ideia pudesse surgir e se desenvolver no ambiente.

Em complemento, a própria técnica apresenta duas características intrínsecas que facilitaram sua entrada no hospital. Primeiramente, em comparação a outras terapias, como por exemplo, a homeopatia, acupuntura e a fitoterapia, o reiki é uma técnica menos invasiva, já que “eu não furo, eu não espeto, eu não dou remédio, eu não acendo vela, eu não confronto com seitas, nada. Nada” (Diretora do hospital). A segunda característica é que, também em comparação a outras técnicas, o reiki não possui gastos com insumos ou capacitações, já que

demanda somente a imposição das mãos para aplicar, diferentemente, por exemplo, da entrada da acupuntura neste hospital, que por alguns anos a própria médica arcava com os custos das agulhas devido aos trâmites burocráticos. Ou, como outra técnica que está em teste no hospital que se fez viável devido a uma universidade parceira que arca com os custos da compra dos equipamentos e da capacitação para manuseá-los, de forma a não gerar custos para o hospital.

Por outro lado, o reiki, não precisaria de investimentos para capacitação de terapeutas nem compra de insumos, precisando somente do aval da Diretora do hospital, uma sala e pacientes que sustentassem o atendimento.

Porém, mais do que um boa ideia, a execução pode determinar os rumos que a inovação tomará. Nesse sentido, ainda que o projeto do reiki tivesse a autorização para a ideia iniciar, a aprovação não seria o suficiente para o seu desenvolvimento. Aqui, os laços entre os atores também foram fundamentais para materializar o projeto. Através da rede de contatos, V0 mobilizou recursos humanos e não humanos para o espaço físico ser montado e, com os funcionários, conseguiu o encaminhamento de seus pacientes para apoiar a técnica e novamente a confiança depositada no voluntariado e em V0, facilitou os encaminhamentos para a terapia.

A Diretora tinha proposto o atendimento no auditório, porém V0 queria uma sala, o que é complicado, pois o hospital é público e tenta otimizar o máximo o espaço que tem para atender as necessidades dos pacientes. Porém, V0 diz ter explicado novamente como utilizaria o espaço, da necessidade de um espaço tranquilo e, então foi direcionada a procurar uma sala no ambulatório.

Os atendimentos começaram na sala de uma terapeuta que estava de licença maternidade. Porém a outra funcionária da saúde que trabalhava na mesma sala não se sentiu a vontade em dividi-la, V0 diz ter explicado que não precisava da sala, só de um canto e assim foi: “Eu arrumei tudo, peguei um pedacinho da sala, um som, comprei umas flores e botei para dar um quê no meu pedacinho, uma cadeira, depois arrumei outra cadeira e assim comecei”(V0).

A localização da sala era no mesmo andar que os atendimentos dos pacientes com hepatite e “depois que a enfermeira atendia o paciente, depois de ter aplicado o medicamento, injeção e tudo, eu entrava, pedia um tempinho com ele, conversava e explicava, [...] dava

material, explicava tudo, convidava para uma experiência. Paciente por paciente eu comecei” (V0).

Assim, o reiki “aconteceu”.

Pontua-se, que não “aconteceu” sob a ótica de empreendedores visionários, que estão a frente do tempo e entram em uma jornada de herói, como se possuísse a solução e a salvação para que uma técnica como o reiki pudesse ser reproduzida em hospitais. Tampouco a ideia “aconteceu” como um *insight*, um momento de iluminação, que ressalta as capacidades individuais do empreendedor. Aconteceu também sob a influência do movimento de uma rede de atores, humanos e não humanos, de forma que sua entrada é influenciada pelo acúmulo de experiências anteriores dos atores, bem como de relações sociais de confiança entre eles.

Então o respeito e seriedade confiada ao voluntariado e os contatos informais da voluntária facilitaram que o reiki conseguisse seu espaço, seja pela confiança para aplicar o reiki em hospital, seja para conseguir a sala, seja pelos funcionários que deram a liberdade para a explicação da terapia e conseqüentemente a indicação de seus pacientes. Esse movimento foi mais forte daqueles que eram contra a terapia, que não acreditam ou não acham que seria conveniente o reiki ser ofertado em hospital.

A mobilização da rede facilitou a difusão da inovação no hospital. A própria diretora diz que:

“As voluntárias tiveram muito tato. Elas só precisavam da autorização da entrada. [...] Começamos devagar, uma coisa bem singela, elas iam fazendo nos locais. Uma pessoa que estava ruim fazia, ficava bem e falava para outro. Foi disseminando assim. Essa foi a técnica. Fomos ganhando espaço. Foi um trabalho de formiga. Foi uma estratégia diferente, em vez de a gente implantar, a gente foi no boca a boca. As vezes fazia em um médico. E foi indo” (Diretora do hospital).

Esse formato se perpetuou até a terapeuta que atendia na sala a qual o reiki estava sendo realizado anunciar que estava prestes a voltar, de forma que não haveria mais espaço para o atendimento reiki, em função disso, mais uma vez as relações informais de V0 e a liberdade que tinha em transitar no hospital por ser voluntária há um bom tempo, contribuíram para localizar uma sala. Foi localizada uma sala desocupada, porém suja e com muitos móveis estocados.

Como os atendimentos estavam indo bem, a diretora do hospital autorizou o uso da nova sala e V0, utilizou novamente sua influência com o pessoal da infraestrutura, que limpou e pintou a sala, cabendo ao voluntariado o investimento nas tintas e alguns materiais de limpeza. O contato de V0 com a infraestrutura também possibilitou a mobília da sala (dentre

eles, macas, divisórias, cadeiras, mesa). Eles também imprimiram os panfletos explicativos do reiki para a abordagem com os profissionais da saúde e pacientes e, futuramente os cartões de consulta para os pacientes com as datas e horário dos atendimentos, as folhas para prontuário do pacientes também foram cedidos.

Essa sala se situa em um corredor típico de hospital (ver Figura 8), com filas de espera e pessoas que precisam de um cuidado físico. Imagina-se para o atendimento reiki uma sala, pequena e improvisada, porém ao entrar na sala, a surpresa é grande. Há um investimento do hospital em ceder a sala e também dos voluntários que não abriram mão de um espaço relaxante, que segundo V0, faz parte da técnica. Mesmo que no hospital as paredes brancas são padrão, lá, V0 conseguiu que fossem verdes. A sala é espaçosa, decorada, tem plantas, barulho de fonte de água, música relaxante, aroma no ar (ver figura 9).

Figura 8 - Corredor da sala Reiki.



Fonte: Banco de dados do autor

Figura 9 - Sala de atendimento Reiki.



Fonte: Banco de dados do autor

Essa estrutura demandou novas transformações no atendimento. Primeiro que, com mais espaço, outras pessoas poderiam ajudar no atendimento e conseqüentemente um maior número de pacientes poderiam ser atendidos. Os panfletos conseguidos com a infraestrutura ajudaram na abordagem de novas especialidades para firmarem parcerias com o atendimento. Os primeiros grupos de pacientes foram encaminhados por uma estomaterapeuta e uma psicóloga.

De acordo com o registro dos prontuários dos atendimentos reiki realizados nessa nova sala, levantou-se que em 2012, 44% dos atendimentos foram pacientes indicados pelas especialidades, 18% foram os próprios funcionários da área da saúde e para conseguir atingir o maior número de pacientes para justificar a iniciativa e dar popularidade para a técnica, 38%

dos pacientes atendidos foram voluntários que faziam outras funções no hospital. O ano fechou com 459 atendimentos.

Em 2013 a iniciativa começou a popularizar e no dia 19 de janeiro a primeira emissora de televisão foi fazer uma reportagem sobre o empreendimento.

“Foi um fuzuê, se você quer saber esse negócio. Eu nunca pensei que fosse... Aí vem ligação de não sei da onde. E liga por que viu na televisão... Olha foi um movimento viu. E atendemos muito. E foi um fuzuê dentro do hospital todo mundo queria, mas não tínhamos gente o suficiente para atender” (V0).

Através das informações colhidas nos prontuários dos pacientes, verificou-se que realmente os atendimentos tiveram um aumento depois que os canais de televisão fizeram as reportagens. Nesse ano foram 1922 atendimentos, sendo que os pacientes já representavam 61% das consultas e 5% não eram pacientes ostomizados e obesos (primeiros grupos de pacientes que foram encaminhados). Começou-se a incluir também os acompanhantes, que representaram 12%, além dos funcionários do hospital 11% e os voluntários 12% .

Em 2014, porém, a média de atendimentos diários voltou à média anterior. A média de atendimentos no espaço Bem Estar Mandaqui geralmente fica em torno de 10 atendimentos diários, porém, com a influência das mídias de grande massa, o semestre subsequente aos canais de televisão apresentou média de 16 pacientes atendidos diariamente. Nesse ano a técnica atinge novas especialidades e foram realizados 3170 atendimentos, sendo os pacientes da neurologia mais significativos (31%), seguido pelos funcionários (22%), acompanhantes (10%) e os encaminhados pela acupunturista (9%).

As informações apresentadas nesta sessão nos permite ver que a fonte da inovação não veio de um *insight* e muito menos de uma pesquisa de mercado, com projeto elaborado. Adicionalmente, foi visto que a entrada não se deu de forma racional e estratégica. A difusão do Ministério da Saúde também não foi o fator que impulsionou o atendimento, pois o reconhecimento do reiki se deu somente em 2018. Tampouco a difusão da inovação foi determinante pelos meios de comunicação, pois mesmo que tenha tido um impacto no atendimento pela reportagem de TV, o reiki já estava na nova sala, arrumada, pintada e decorada.

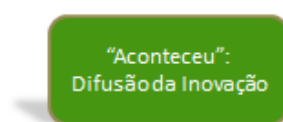
É importante mencionar que para o reiki “acontecer”, ou seja, a inovação ser difundida, já havia um contexto. A inovação não acontece somente no presente, a articulação de atores ao longo do tempo foi essencial para a mobilização dos recursos quando foi preciso. A inovação não é um fator isolado, descontextualizado ou a conquista da técnica pela técnica

em si, há um desenvolvimento sociotécnico, que envolve a formação de elos e a mobilização de recursos através das influências de diversos atores. Em complemento, o empreendedor solitário e suas qualidades individuais como a intuição, senso de antecipação, resolução de conflitos não são mais propriedade de um, mas tornam-se virtudes coletivas (AKRICH ; CALLON ; LATOUR, 1988).

De forma resumida, dentre as relações dos atores que contribuíram para a ideia tomar forma pode-se citar, o papel da diretora do hospital, que possuía um vínculo de confiança com o voluntariado, que facilitou o desenvolvimento da ideia, de forma que não foi preciso passar por muitas negociações institucionais. Em adição, seu envolvimento pessoal na busca de agregar conforto e bem estar para os pacientes da região, gerou uma demanda de algo novo que foi em encontro a ideia do reiki.

A credibilidade do voluntariado que vem sendo construída a anos, pelo histórico de realizações, mostrando confiança e profissionalismo em suas ações, além de responsabilidade por arcar com os custos da manutenção do local. A experiência da idealizadora do projeto como reikiana e a rede que já possuía no hospital, por dedicar no trabalho voluntário no leito há um tempo, tendo o conhecimento da organização que facilitariam alguns entraves que poderiam barrar ou dificultar a entrada do reiki naquele ambiente. Através de sua influência conseguiu a infraestrutura para o atendimento, assim como que os funcionários encaminhassem seus pacientes. Além disso, as características da própria técnica também facilitaram a adesão, por não oferecer custo de equipamentos, manutenção, profissionais remunerados, insumos, treinamentos e por ser menos invasivo ao corpo do paciente comparado a outras técnicas.

Figura 10 - “Aconteceu”: Difusão da Inovação



Fonte: Banco de dados do autor

Em síntese, essa sessão mostrou que para o reiki se difundir em ambiente hospitalar, contou com a mobilização de atores (humanos e não humanos) tais como o voluntariado, a idealizadora do projeto, a diretora do hospital, o hospital, as características da própria técnica.

Porém, mesmo que esta articulação tenha sido fundamental para o pioneirismo, uma rede de influência não seria suficiente para explicar porque o reiki obteve êxito no hospital, pois as relações sociais não é a única variável determinante para a criação e desenvolvimento de uma técnica. Dito isso, a próxima sessão mostrará que mesmo que a rede de atores tenha conseguido um lugar para o reiki, ela não seria suficiente para garantir sua perenidade.

4.2. “Desbravadores”: Difundir é replicar?

“Eu faço isso naturalmente, porque é meu. Não foi pensado. [...] E se o que a V0 quer é passar essa credibilidade, porque eu estou aqui? É porque eu vendo essa credibilidade” (V1).

O reiki desbravou um novo ambiente e se firmou no hospital, tinha seu próprio espaço, decorado e um fluxo de pacientes que continuava sendo encaminhados pelos profissionais da saúde. Com essas conquistas, pode-se ter a impressão de que o empreendimento conseguiu se estabilizar e atingiu seu sucesso.

Porém, a inovação não se resume em “vender uma ideia”, é também uma questão prática: como transformar ideias em ações dentro de um sistema institucional (FRERY; SILBERZAHN, 2013). O desbravamento não termina ao ocupar um espaço físico, é imperativo lidar com as adversidades que apareceram ao novo ambiente, de forma que difundir não é somente replicar uma técnica “pronta” em larga escala. Será descrito que após o desbravamento do ambiente, o atendimento não atingiu sua estabilidade, ao contrário, o trabalho apenas começava.

Rogers (2003) vê a difusão como um processo organizado no intuito de promover a inovação para um público bem identificado, porém não fornece uma explicação sobre às idas e voltas, as negociações, as reinterpretações e sincretismos no decorrer da difusão; ações essas que permitem que a técnica se adapte dentro de um contexto ao reagir aos constrangimentos que acontecem no dia a dia da atividade.

Assim, para responder a questão de pesquisa de como o reiki conseguiu ser difundido no ambiente hospitalar, será elucidado que a difusão não se resume a imitação ou replicação de uma técnica pronta, mas adaptação, transformação e reinvenção, ou seja, um verdadeiro processo criativo (MALINOWSKI, 1939). Será mostrado que o desbravamento do reiki no hospital não é somente replicar uma técnica que já existia há mais de 100 anos e, mesmo que o princípio do reiki seja o mesmo, seu formato de atendimento não o seria mais. Em outras palavras, o reiki aplicado dentro do hospital e aquele que é aplicado fora dele, não serão vistos da mesma forma, com o mesmo intuito ou valores, tal como percebido por um paciente que diz: “O reiki, mesmo que existe há muitos anos, para mim é novo” (P1).

Para a transformação da técnica, apresenta-se um novo ator, V1, que viria a ser o coordenador do reiki quando a fundadora (V0) fosse assumir as funções administrativas da presidência do voluntariado. O desenrolar da inovação foi impactado pela percepção de V1 ao notar que o atendimento reiki, da forma como era aplicada em outros ambientes, não estava

sendo coerente ao ambiente hospitalar e, na tentativa de trazer uma credibilidade, tentou adequar a técnica à nova realidade.

Esse ator fez o papel de “mediador, o tradutor em estado puro, aquele que conecta dois mundos de lógicas e horizontes distintos, dois mundos separados que não podem viver um sem o outro” (AKRICH ; CALLON ; LATOUR , 1988; p.3). Em outras palavras ele conseguiu traduzir as necessidades do ambiente através da alteração do atendimento e de uma postura terapêutica, dessa forma se aproximou da cultura/linguagem hospitalar para que a técnica encontrasse uma forma mais propícia a seu desenvolvimento.

A relação do mediador e dos envolvidos com a técnica pode direcioná-la para caminhos diferentes em função da maneira como é percebida. Os ajustes da ideia inicial em função dos constrangimentos que a atividade impõe é um processo criativo e pode resultar em atendimentos reiki de formas diversas. Ao mesmo tempo em que pode difundir a técnica, pode também gerar situações inconvenientes e a insatisfação dos pacientes e funcionários.

Dito isso, será apresentado a difusão da técnica não sob o nível institucional, ou através dos meios de comunicação, mas sob o aspecto técnico, que acontece na prática através de ações inovadoras e criativas dos praticantes.

No início dos atendimentos reiki no CHM, o processo de difusão ainda estava associado a ideia da replicação/imitação da técnica, porém em um segundo momento o potencial criativo e transformador tomou lugar. Essas visões podem ser percebidas na forma que V0 e V1 se organizaram para conseguir a credibilidade do atendimento perante o ambiente hospitalar. Sob a ótica da idealizadora do projeto (V0) e as outras voluntárias que começaram com ela, a credibilidade seria reproduzir o que foi aprendido na formação reiki, ou seja, imitar o atendimento que utilizava símbolos, intuição sobre onde posicionar a mão e por quanto tempo, ter uma liberdade maior de interação com o paciente como comentar sobre as sensações e percepções energéticas sentidas durante o atendimento.

Já sob a ótica de V1, a credibilidade era vista de maneira diferente. Ele não achava que a credibilidade seria passada através da reprodução do reiki tal qual é ensinado na formação reikiana. Ele discordava de alguns aspectos desse atendimento, pois não considerava adaptado ao ambiente desbravado. Também percebeu que o reiki em ambiente hospitalar atraiu alguns perfis de reikiano que, segundo sua concepção, não condiziam ao atendimento hospitalar esperado.

Em função dessa diferença de ótica, quando V1 chegou, se recusava a fazer atendimentos reiki, pois não queria colaborar com a forma que os atendimentos eram conduzidos. Também observou que alguns reikianos se apropriaram do espaço desbravado com interesses que além do serviço voluntário.

Por exemplo, com uma infraestrutura adequada e uma frequência regular de pacientes, o atendimento em hospital aparece como uma oportunidade para o desenvolvimento profissional de reikianos que almejam adquirir experiência. Há também quem se voluntaria para ver como o reiki é conduzido para poder replicar o modelo em seus próprios espaços. Percebeu também que alguns voluntários viam o atendimento como uma oportunidade de negócio, ou seja, se candidatam no intuito de captar pacientes para seus espaços, já que “tem paciente que vem, gosta e pergunta se atende fora. Porque eles querem trazer parente e aqui não pode. Ai eles perguntam, se a gente não atende lá fora” (V1). No histórico do atendimento, há o caso de uma voluntária que trazia pessoas externas para serem atendidas no hospital. Por fim, havia aqueles que tinham o interesse de captar pacientes que se identificaram com a técnica para serem praticantes de reiki, assim utilizavam do espaço para captar pessoas no intuito de venderem uma formação em reiki.

“É muito difícil, porque a gente trabalha com voluntário e muitos a gente sente que vem para aprender. Aparece muitas assim, essas eu nem aceitei. Elas vinham aqui, tinham espaço. Faziam proposta, que os alunos que eu quisesse mandar para lá, ela dava desconto. Então ela queria aluno pra o espaço dela. É muito complicado isso” (V0).

“Você viu aquela menina que está ali? Mas muito nova assim, também é perigoso. Às vezes ela vem para captar cliente. Porque ela tem consultório. Dai fica aqui e tchuc tchuc tchuc no ouvido, dali a pouco da um cartãozinho. Entendeu?” (V1).

Foi percebido que algumas pessoas procuravam o hospital por outros interesses que não o de contribuir para o atendimento reikiano. Observa-se então que a entrada do reiki em ambiente hospitalar começa a mostrar situações além da técnica em si; situações sociais passariam a influenciar o desenvolvimento da inovação.

Além disso, V1 notou que muitos reikianos tendiam seus atendimentos para um tratamento místico e, dizia que essa postura era inadequada. V1 classifica os místicos como pessoas que frequentemente associam o atendimento a suas próprias crenças pessoais.

“Místico é uma pessoa que trabalha com a imaginação. Todo místico gosta de colar, de cristal... Se for voltado para a religião católica é aquele tanto de santo, outros que veem um tanto de coisa. Tem gente que precisa de muito exterior para chegar no ponto. [...] E normalmente o místico é o cara da fantasia. Ele é cigano, ele é hindu. O pessoal adora essas coisas” (V1).

Algumas crenças pessoais de voluntários reikianos se transformam em ações e podem não ser bem recebido sob a ótica hospitalar. Esses comportamentos vão de encontro à imagem credível que o voluntariado se esforça a construir perante o hospital e seus pacientes. Como exemplo, pode-se citar que algumas voluntárias cobriam o umbigo para não “pegar a energia do paciente”, outras faziam gestos com as mãos, braços e expressões faciais muitas vezes exageradas para o ambiente no qual a técnica se propõe estabelecer.

“Porque para elas fazer o reiki não é legal. O gostoso é revirar os olhos e dizer que está sentindo isso e aquilo em você” (V1).

“Ela parece que levita, ela abre os braços que parece que fica querendo levantar voo” (V1).

“Essa aqui nós tivemos que mandar embora porque ela só via disco voador, ela ficava assim(fez gestos olhando pro nada). [...] Este outro, mandamos embora porque ele não tomava banho, era um naturalista” (V1).

Esses exemplos são traços do perfil que V0 atribui como místico e cita que esse perfil não entende que ali é um hospital e “não um terreiro, uma clínica esotérica ou um centro espírita. São posturas muito diferentes” (V1).

Então, preferiu não se voluntariar com o reiki, mas por ser cromoterapeuta, propôs aplicar a cromoterapia para complementar o atendimento no Espaço Bem Estar. Dessa forma, a cromoterapia entrou no ambiente e está até hoje. Ressalta-se que a inclusão da cromoterapia não foi programada, não tinha um propósito específico, ela entrou e se integrou o reiki por um acordo de conveniência entre V0 e V1.

Então, V1 aplicava a cromoterapia no mesmo espaço das reikianas e, no desenrolar dos meses V0 estava sendo cada vez mais chamada para questões administrativas em função do cargo de presidente do voluntariado que assumia e, não poderia se dedicar como gostaria no atendimento reiki. Com a postura assumida por V0, ao mostrar outra percepção sobre a “credibilidade” dos atendimentos, foi confiado a ele assumir o papel de coordenador do reiki e, desde então o atendimento começaria a se transformar.

“Porque ele não aceitava o reiki, porque vinha muita gente com história furada, outros que queriam cobrar. [...] Comecei a perceber que ele tinha razão” (V0 falando sobre V1).

“Eu sou tão rigorosa quanto V1, por que já é uma coisa que é holística, é alternativa, é não sei o quê, cada um chama o que quer né. Então, a gente no hospital, congraciada como somos com este espaço e autorizada pela diretora como voluntários. E como eu disse, é uma coisa que está no ambulatório, mas como posso dizer, fazemos parte do ambulatório. Nós fornecemos dados para a secretaria da saúde, a quantidade de funcionários atendidos. [...] Então há uma responsabilidade muito grande sobre mim e V1. Então a gente zela muito” (V0).

Anteriormente foi citado como o ambiente desbravado foi apropriado pelos reikianos, sejam os que viram uma oportunidade profissional (para adquirir experiência, ou para vender serviços aos pacientes), sejam os “místicos. Aqui serão citados outros perfis de voluntários, relatados por V0, que destoam da postura esperada no ambiente hospitalar.

As “donas de casa”, segundo V0, são pessoas que procuram ocupar seu tempo ocioso entre um atendimento e outro conversando, elas “falam de receita de bolo, do filho, do cachorro, do papagaio, do netinho essas coisas”. Sendo o reiki somente uma ocupação, sem uma seriedade esperada, que para ele, seria conservar a harmonia da sala em silêncio, ou em leituras sobre reiki, energia, cromoterapia e etc.

“Na cabeça delas, elas estão fazendo caridade, elas não são profissionais, elas são voluntárias. Se colocam como missionários, seres especiais que estão fazendo caridade. Eles não se veem como profissionais, por isso a coisa não flui muito. Falta postura. [...]. E as voluntárias acreditam que elas são missionárias, que elas são santas, eu não sabia disso, eu aprendi aqui. Eu aprendi aqui, eu vi que era a postura errada. Mas nós deveríamos treinar” (V1).

V1 também cita as pessoas que “se tem na condição de seres especiais, de curadores, seres iluminados, de seres perfeitos. Ou de pessoas boas que estão ali ajudando os outros” (V1) e, para estas pessoas é difícil explicar a lógica hospitalar, já que “elas não aceitam orientação, pois elas são perfeitas” (V1), por “se acharem deuses, mágicos, videntes, médicos” (V2). Esse perfil também se aproxima de aspectos místicos/religiosos, pois suas crenças, se manifestam na atividade.

“O que cai de vidente aqui, você não tem ideia [...]. Elas veem coisas que não existem, daí mistura tudo, mistura tudo. Mistura com reiki e tem uns que começam a falar com paciente, a falar besteira com o paciente. Na hora que põe a mão diz que está sentindo isso, aquilo e aquilo. E daí vira um perereco, porque tem que ficar calado, você não pode falar isso. Por mais que você veja coisas, ou por mais que os pacientes sintam coisas, porque eles perguntam, eles sentem.. O que que é isso? Isso é o reiki e ponto, nada mais” (V1).

Tal como os “místicos”, esse perfil não se apropria do fato que o reiki em ambiente hospitalar deve ser conduzido de outra maneira, de forma que as crenças pessoais não interfiram na condução técnica.

Para reforçar os laços de confiança e responsabilidade do voluntariado com o hospital, o controle das pessoas que podem circular como voluntários nos dependências hospitalares bem como entrar em contato com pacientes é uma preocupação de forma que busca-se evitar algumas condutas no ambiente.

Para ser reikiano no hospital, o candidato deve ter feito o nível 1 e 2 da formação reiki, porém, antes de ser reikianos, o candidato deveria estabelecer um compromisso com o voluntariado, com o hospital, ou seja, ser pontual e assíduo, pois há pessoas que “querem ir quando quer, a hora que querem” (V0), assim dificilmente se ajustam ao fato de que lá é um hospital e que o comprometimento se faz necessário, “tem que respeitar uma agenda de clientes que não para” (V0). Isso se faz necessário para evitar situações, por exemplo, como o caso de uma voluntária que “um dia quando deu o horário estipulado, juntou suas coisas e foi embora sem considerar que tinha pacientes esperando do lado de fora com horário agendado” (V0).

Em vista disso, para ser reikiano, o voluntário deve passar pelo procedimento padrão dos outros voluntários, que é trabalhar três meses no bazar para mostrar sua responsabilidade e compromisso, para em seguida escolher o setor do hospital que irá continuar o serviço voluntário. Devem demonstrar o compromisso com o voluntário, sendo assíduo e pontual, além de cuidar dos processos administrativos da sala, de fazer as questões mais burocráticas, de pegar material, agendar consultas, mesmo que alguns não gostam desta atividade, “as pessoas geralmente acham que são reikianas, que são santas. Que não precisam fazer nada” (V1).

Considerando que o voluntariado possui a responsabilidade de selecionar as pessoas que estão aptas a circular nas dependências hospitalares, V1 começou a estabelecer um controle das pessoas que tentavam ser reikianas no Espaço Bem Estar, reforçando a preocupação com o nome do voluntariado e toda a credibilidade construída.

Em função desses perfis, as chamadas para candidatos voluntários no hospital foram sendo eliminadas, pois quando faziam chamadas em meios de comunicação e redes sociais, apareciam muitos candidatos com perfis parecidos aos que tinham interesses profissionais, “místicos”, “iluminados” ou “donas de casa”, além de outros que não se mostraram dispostos a assumir o compromisso de cumprir um horário de forma assídua.

A exigência do perfil esperado refletiu em uma nova dificuldade para a perenidade do atendimento, pois “faltavam voluntários”. Contudo, não faltavam voluntários reikianos candidatos, mas sim voluntários, reikianos, que tenham uma postura terapêutica adequada, ou seja, que não se aproxime dos perfis já citados.

Espera-se um voluntário reikiano que saiba distinguir que ali é um hospital. Assim, entende-se que a falta de voluntários que foi citada com frequência, não é em função da quantidade de candidatos e sim do perfil que se espera.

“Não importa que seja um trabalho voluntário, independente de ser reikiano, tem que ser terapeuta. Tem que ter uma postura e essa postura eu não consigo nessas pessoas” (V1).

Busca-se seguir uma postura mais neutra nos atendimentos, de forma que, as crenças pessoais não deveriam influenciar nos atendimentos. V1 ressalta que as crenças, “não é um problema, que na sua casa você seja o que quiser”, porém “aqui tem que ser terapeuta” (V1). O reikiano deve se adaptar ao ambiente, mas, como citado, a técnica com algumas restrições “para elas não é legal. O gostoso é revirar os olhos e dizer que está sentindo isso e aquilo em você” (V1).

Por outro lado, há voluntários que conseguem administrar melhor suas crenças pessoais, se enquadrando na postura esperada do atendimento. É válido ressaltar que a conduta hospitalar não repreende as crenças pessoais, apenas exige que se mantenha um padrão mínimo de condução da terapia dentro do hospital, já que os pacientes possuem outros perfis e necessidades.

Releva-se como a inovação em contato com o novo ambiente é impactada pelas diferentes maneiras que as pessoas se apropriam do novo espaço e, uma grande questão que os reikianos do Espaço Bem Estar lidam com frequência é a necessidade de reforçar que ali é um hospital.

“Aqui eu tive o *feeling* de saber que eu estava no hospital. Muitos médicos iam lá xeretar e não gostava do que viam... Mas elas não percebiam isso. Porque quando você acha que seu trabalho é maravilhoso, que trabalham com a luz, com o amor, você não enxerga os seus erros. A tendência é você se endeusar. E não é com todo mundo que você pode usar essa linguagem. Elas não tinham esse “*time*”, de perceber que com médico e enfermeiros você não poderia falar assim” (V1).

Esse entendimento, também não “aconteceu” por acaso, esse “*feeling*” é também um resultado das experiências passadas de V1, que diz ter se adaptado a diversos ambientes. Dentre suas experiências como voluntário cita-se o tempo que passou na Feben, também experienciou o trabalho voluntário no contexto da saúde, entendendo a lógica hospitalar no cuidado de pessoas com Alzheimer, na pediatria e, por fim, no período de cromoterapeuta no CHM.

V1 também já teve seu próprio espaço no qual atendia com tratamentos complementares, ele cita inclusive que em uma época seu espaço era decorado de forma

mística, mas que soube diferenciar a liberdade que possuía em seu próprio espaço e aquela do ambiente hospitalar.

“Eu sou extremamente metódico e o reiki hoje é assim e está assim, porque eu estou aqui, porque se tivesse outra pessoa eu não sei que cara isso aqui teria. Não sei que cara isso aqui teria! E nem sei se ainda estaria funcionando em função do tipo de pessoas que passam aqui. Que querem fazer as coisas em função de uma ótica mística. Por eu ter esta consciência, por eu já ter tido consultório holístico eu acho que já sei separar esse tipo de coisa” (V1).

Também soube adaptar sua postura e separar suas crenças espirituais do atendimento hospitalar: “Por isso eu gosto de trabalhar no hospital, porque tudo isso existe no mundo (em referência as questões místicas e espirituais), mas eu não sou isso. Aqui tem que trabalhar com neutralidade” (V1).

Para fechar esta sessão, pontua-se que mesmo havendo esforços de pesquisas e órgãos institucionais para reconhecer o reiki e seus benefícios, a não aceitação da técnica pode também ser vista sob a ótica de uma questão interna ao atendimento, pois quando a ideia se materializa na prática, a forma como os terapeutas se apropriam do espaço, ou seja, a própria conduta dos reikianos pode barrar sua difusão.

“Porque os hospitais tem dificuldades, porque que a medicina, o médico tradicional não aceitam? Porque [...] são pessoas místicas. Gente ligada a medicina, cartesiana, não busca isso. Quem é que busca? Quem é místico. Quem está num processo de abertura conscencial. Abertura conscencial é uma coisa espiritual [...]. E o nosso mundo, o mundo da medicina, da saúde, é cartesiano” (V1).

Em síntese, essa sessão mostrou que para uma inovação ser difundida em um novo ambiente, o desbravamento não deve ser visto somente pelo espaço conquistado. É imperativo lidar com os constrangimentos que o novo ambiente apresenta.

Figura 11 - “Desbravadores”: Difundir é replicar?



Fonte: Banco de dados do autor

Assim, faz parte do desbravamento de um novo ambiente o entendimento de que a técnica pode colocar barreiras para a perpetuação do atendimento caso se desconsidere os constrangimentos ambientais, como se técnica estivesse “pronta” para ser difundida.

Nesse sentido, difundir não é somente replicação técnica, a entrada do reiki no hospital trouxe novas informações para a postura reikiana e, na busca da credibilidade, aproximou-se da lógica hospitalar, garantindo os encaminhamentos e o fluxo de pacientes pois, “não é

porque é de graça que você continua indo, você vai a primeira vez, você vê como você se sente” (V2).

As duas sessões da pesquisa de campo apresentadas mostraram que na caminhada para o sucesso da inovação, os aspectos sociais estiveram presentes, fortalecendo parcerias e facilitando as negociações para conquistarem seu espaço no ambiente hospitalar. Também foi visto um processo dinâmico na difusão no qual as influências sociais estimulam os empreendedores a lidarem com as adversidades do ambiente.

Figura 12 - Teoria Ator Rede



Fonte: Banco de dados do autor

Como discussão teórica, destaca-se o sucesso da inovação como resultado da mobilização de recursos das diversas partes interessadas e suas redes. Essa é uma das abordagens dos estudos sociais da tecnologia, tendo como base a Teoria Ator Rede (TAR), que vê o desenvolvimento técnico sob a ótica das influências sociais, no qual os atores estão em constantes negociações, formando parcerias de forma a atenderem seus interesses. Nesse sentido, o sucesso da inovação viria quando as diversas partes interessadas e suas redes mobilizassem cada vez mais recursos para que a ideia se materialize e desenvolva.

4.3. “Aqui é um hospital”: A postura terapêutica

“Porque se falar, que o reiki é uma energia maravilhosa em que a gente põe as mãos e vem uma energia não sei de onde, que vai alinhar seus chacras, pronto acabou. Melou tudo. Ela olha para a sua cara e cai fora” (VI).

Foi descrito como o meio social reagiu ao espaço desbravado, bem como a percepção do voluntariado que tenta orientar os perfis não condizentes com a nova realidade. Esperava-se uma postura do reikiano que contribua para manter a “credibilidade”, dado que “ali é um hospital”. Assim, o desbravamento do novo ambiente trouxe uma dinamicidade à difusão de forma que a técnica não se apresenta necessariamente invariável durante o processo, a difusão também se apresenta como imprevisível e não linear.

Nesse sentido, para responder a questão de pesquisa deste trabalho de entender como o reiki conseguiu ser difundido no ambiente hospitalar de estudo, até o momento, mostrou-se que, contrária à lógica do empreendedor solitário e visionário, a inovação surge num contexto específico e é um trabalho coletivo, em que um objeto para ser aceito, deve conseguir interessar cada vez mais atores (AKRICH ; CALLON ; LATOUR , 1988).

Porém, essa teoria tem um enfoque maior nas relações sociais e pouco se aprofunda nas transformações puramente técnicas, que também são essenciais para diminuir o estranhamento da inovação e conseqüentemente facilitar sua difusão.

A difusão é uma etapa em que também há aperfeiçoamento, posto que a técnica não está necessariamente, “pronta” para ser imitada/reproduzida. Este estudo corrobora que a difusão é um estímulo para um novo desenvolvimento técnico sendo ao mesmo tempo “criativo e destrutivo: ajustes, reorganizações, reinterpretações, sincretismos e fusões de invenções ocorrem entre duas culturas, e desintegrações e conflitos como aqueles entre “progressistas e conservadores” se desenvolvem” (SIEGEL *et al.*, 1958).

Graças aos ajustes, a técnica consegue atender cada vez mais as demandas sociotécnicas, “a história de um projeto e do aperfeiçoamento de um instrumento é rica de ensinamento em relação à sua natureza. Inicialmente, ele nasce em um contexto e em consequência de acontecimentos anteriores que lhe dão uma orientação” (VINCK , 2013, p. 64), assim, na prática, o meio social desperta demandas e necessidades de adaptação que levam ao aperfeiçoamento técnico, não mais pensado de forma racional, com etapas, objetivos, previsões, antecipações, mas, na prática, em contato com o meio social.

Torna-se importante pontuar que “o mundo social não é homogêneo. Ele não pode ser descrito por meio de um modelo de comportamento único e é composto de grupos sociais com trajetórias, identidades, interesses e comportamentos diferentes (VINCK , 2013, p.94). Além disso,

“a natureza da sociedade não é dada nem conhecida *a priori*. Ela deve ser descoberta no decurso da ação, que revela, e, ao mesmo tempo, a transforma. Ao contato de novos objetos, discursos e regras, as pessoas reagem e apresentam uma nova identidade delas mesmas. Mesmo os próprios objetos exibem aspectos não esperados (VINCK , 2013, p.94).

Assim, esta sessão continua aprofundando nas relações dos reikianos com o ambiente desbravado. Será descrito como o ambiente hospitalar trouxe a necessidade de orientar uma nova postura dos reikianos. Essa transformação se fez necessária, pois a forma como o reikiano apresenta a técnica, pode influenciar na maneira como o paciente recebe a informação.

Ainda que o atendimento reiki em ambiente hospitalar seja recente, ele já se encontrava em outros ambientes há mais tempo, como por exemplo em núcleos e clínicas dedicadas a terapias complementares, centros religiosos, spa's, dentre outros. Nesses ambientes, o perfil do paciente é diferente, pois, de forma geral as pessoas que vão ao encontro das terapias, além disso, esses ambientes tem uma abertura maior com os clientes, e muitas vezes há uma liberdade para explicações mais específicas sobre questões energéticas, caso o paciente questione.

Porém, no ambiente hospitalar, a técnica ainda é uma novidade para muitos pacientes e como agravante, por ser uma terapia energética, pode gerar um estranhamento no imaginário de muitos pacientes, inclusive há relatos de pacientes que escutaram a explicação do reiki e não retornam.

Foi percebido que os pacientes apresentam um perfil diferente daqueles que buscam o reiki em outros ambientes, visto que no hospital alguns desconhecem completamente ou não estão interessando em um conhecimento aprofundado sobre a técnica, sobre questões energéticas, chacras, autoconhecimento ou outros aspectos que o reiki pode se propor a auxiliar. De maneira geral, os pacientes não estão em busca de uma abertura mística/espiritual. Estão ali para algum benefício em seu tratamento.

Mas seria somente por ser algo novo e estranho aos seus conhecimentos que o paciente poderia ter resistência ao aceitar o reiki? Ou seja, a não aceitação da técnica poderia ser

justificada por questões externas ao atendimento, como por exemplo, a falta de conhecimento, descrença e/ou por questões subjetivas? Essa hipótese pode ser superficial e provavelmente levaria a dizer que o problema é do mundo social, que não está aberto ou receptivo e, não da técnica em si, que não precisa se adaptar a nova realidade, já que ela está “pronta” para uso.

Com um pouco mais de profundidade, observa-se que a técnica em si e suas características, tais como, o caráter energético cujo método é a imposição de mãos, que pede ao paciente para ficar de olhos fechados e que há toque, podem gerar um estranhamento, porém, ainda assim, há uma forma de facilitar a interação da técnica com o paciente.

Torna-se importante reforçar que os pacientes que chegam para o atendimento reiki foram encaminhados pelos funcionários da saúde, por isso, o imaginário do paciente já foi amenizado pois “a doutora disse que era para eu vir, que ia me fazer bem” (P1).

Defende-se que a forma como a técnica é apresentada ao paciente, pode amenizar o estranhamento à novidade, de forma que a resistência ao reiki passa a ser também uma responsabilidade interna ao atendimento.

Por exemplo, a contribuição do especialista é fundamental para explicar a técnica e, dependendo de sua explicação pode tornar seus encaminhamentos mais efetivos.

“Então tem que explicar o que é, orientar, mostrar a importância. Claro que não é a mesma coisa de explicar a importância de comer verdura porque está aí o Bem estar, o Fantástico, o programa não sei o que, o pessoal falando da mesma coisa o tempo inteiro. Já esse tipo de terapia não é muito divulgado, o que eles estão começando a divulgar agora é a meditação. Por isso a gente tem que ir devagar” (F2).

“Eu falo que é uma delícia, que a pessoa vai adorar, que é uma sala que tem uma energia tão boa, que tem uma agulha corrente, eu falo muito elogiando mesmo, que tem uma música clássica de fundo, que você vai sair super relaxada de lá. Eu já falo mesmo incentivando, entendeu? Eu já puxo para falar que a sala é gostosa, que parece que você não está no hospital, falo que são pessoas muito boas, preparadas, que fizeram cursos. Então eu falo bastante dos pontos positivos do reiki, tanto do ambiente físico quanto dos profissionais. Que vai deitar na maca e o profissional vai tratar dos pontos que estão desequilibrados”(F3).

Assim, um novo perfil de pacientes se apresenta ao reiki, de forma geral, eles não estão ali para questões místicas/espirituais, a explicação da técnica, dependendo de como é apresentada pode não condizer com as expectativas dos pacientes e, ao ouvir a explicação, não se sentir vontade continuar. “Porque se falar, ah o reiki é uma energia maravilhosa em que a gente põe as mãos e vem uma energia não sei de onde, que vai alinhar seus chacras, pronto acabou. Melou tudo. Ela olha para a sua cara e cai fora” (V1).

Algumas explicações ressaltam que reiki é amor, cura, fonte de energia, equilíbrio do espírito e utilizam palavras como chacras, espírito, transformação, geralmente esses vocabulários, ainda que possam ser características da técnica, são inadequadas ao ambiente hospitalar. Segue algumas explicações que são evitados pelos reikianos do hospital:

“A força vital transmitida por este método abrange todo o sistema de glândulas endócrinas e órgãos do corpo, energizando o ser humano em vários níveis ao mesmo tempo: no nível físico, pelo calor das mãos; no nível mental, pelos pensamentos ou símbolos Reiki; no nível emocional, pelo amor que flui com elas; e no nível energético, pela presença da pessoa iniciada nesta terapia e pela própria energia Reiki”(BARBOSA *et al*, 2016, p.896).

“É um método de reposição de energia dos chacras, tratando da alteração em sua origem, ou seja, na causa, ao invés de atuar somente sobre as manifestações clínicas. Os chacras são centros da recepção, assimilação e transmissão da força da vida e atuam como uma ponte conectando mente, corpo e espírito, contribuindo, assim, para a manutenção do equilíbrio dos seres vivos”(BESSA; OLIVEIRA, 2013, p.661).

“O Reiki atua para o benefício dos que o praticam e sua abrangência e alcance estão além de nossas percepções finitas, pois é uma energia de amor, de cura e de transformação, podendo ser irradiado para qualquer estrutura de forma presencial ou à distância” (BESSA; OLIVEIRA, 2013, p.661).

Nas entrevistas realizadas, poucos pacientes mostraram conhecimentos sobre os princípios do reiki, mas se limitam a dizer que o reiki “É uma energização, trabalha com energia (P1). Os reikianos dizem que são pouco questionados pelos pacientes sobre os procedimentos, “ninguém nunca me perguntou o que eu era reiki. Somente uma vez uma paciente perguntou o que eu ia fazer, então eu disse que eu ia fazer cromoterapia e depois reiki. Ela não perguntou mais nada, então eu também não falei mais nada (V3).

Esse fato foi surpreendente, pois quando indagados sobre o que é o reiki, a grande maioria dos pacientes entrevistados explicava o benefício que sentiam após as sessões, que geralmente se relacionava a “durmo melhor”, “fico mais calmo”, “saio relaxado”, “tenho mais paciência no dia a dia”; de forma que a explicação sobre a técnica em si e seus princípios, pouco sabiam a respeito, mesmo aqueles que já tinham recebido algumas sessões do reiki.

Era comum relatos como: “Eu não entedia muito bem o que era, mas eu vim. E logo na primeira sessão foi muito bom. Aí eu passei a conseguir comer sem vomitar, que eu não estava conseguindo por causa do stress que eu estava” (P9). Ou por exemplo: “A cromoterapia são as luzas né, ela me explicou como funcionava com as luzas, agora o reiki não sei. [...] É uma libertação, uma paz. Eu me sinto bem, não dá vontade nem de ir embora” (P3). Ou “Eu saía daqui muito mais tranquila, mais calma. Você começa a observar as coisas, a se analisar também. As coisas que te acontecem. Você começa a ter um certo equilíbrio”

(P4). O desconhecimento sobre os princípios da técnica é grande e foi curiosa uma situação de campo em que, após um atendimento, uma paciente questionou a reikiana se o reiki não iria atrapalhar a medicação que estava tomando ou se poderia gerar algum efeito colateral.

Visto que os pacientes de maneira geral não estão familiarizados com a técnica, em função do nível de detalhes das explicações, essas podem não corresponder às expectativas do paciente, já que a grande maioria não estão interessados no que está por trás da técnica, somente de seus benefícios, para atuar de forma complementar ao atendimento que foi buscar no hospital.

“Tudo depende do que o paciente acredita. Tenho que entender o paciente para saber como ele funciona para poder trabalhar ele. Não tem como eu falar uma coisa que ele não acredita, que as pessoas tem as crenças. Se você esbarra em uma crença dessas, você acaba seu trabalho” (V4).

“Então, tem que saber lidar com o paciente. Se o paciente é esclarecido, é uma linguagem, senão é outra. Ah, vem para o reiki porque o reiki é amor puro, isso não dá para falar. Não é para isso, você entende?”(V1).

Neste sentido, por estar em um hospital, a coordenação reiki espera do reikiano uma postura em que consiga separar suas crenças quando está em atendimento, o qual deve ser neutro para preservar a credibilidade do trabalho, bem como facilitar a difusão da técnica.

“Vai que a gente fala alguma coisa que não é para falar né. Porque a gente tem uma linguagem muito tranquila em relação a espiritualidade. Para mim é tão normal falar, mas as vezes a gente pode falar uma palavra que pese. Então tem que tomar cuidado com as palavras que a gente fala” (V3).

Mas, mesmo que os pacientes não estejam buscando um aprofundamento sobre a técnica em si, sua explicação se faz necessária, com a ressalva de que o nível de detalhes passado ao paciente ou o desejo explicar o reiki de acordo com o que foi aprendido no curso de formação seja contido pois pode ser afetado com “uma palavra que pese”. Esse cuidado, “é mais na explicação o reiki, porque na cromo a gente fala das lanternas e, está tudo certo. No reiki quando fala das mãos, eu acho que pega”(V5).

Então, com o reiki sendo aplicado no ambulatório, percebeu-se que o contato com o paciente devia se alinhar ao tratamento médico, de modo que, toda explicação que tenda ao místico, deve ser retirada do vocabulário; pois dependendo da explicação “as pessoas podem confundir com religião” (V5).

Nessa direção, a explicação deve ressaltar que o reiki é uma técnica complementar e não alternativa ao tratamento que se está seguindo, ou seja, que irá ajudar a pessoa seguir seu tratamento médico mais tranquila.

“Tento dar explicações que explicam e não explicam nada. Não adianta explicar ao paciente uma linguagem que ele desconhece. [...] Tem que ser algo que aparentemente agrade e ele não se choque. Nós atendemos muitas pessoas muito simples, que desconhecem de energia, tanto que pacientes perguntam se vão emagrecer, ou se vai parar a dor. E eu respondo que não, que não vai parar a dor. Que o reiki vai ajudar a administrar a dor. Que para emagrecer tem que seguir a lista que a nutricionista passou, o reiki vai ajudar a trabalhar a ansiedade para comer menos. [...] Estas satisfazem o paciente e ele não foge” (V1).

Uma resposta dada a um paciente que explica o reiki de forma que “agrade sem entrar em choque” foi a seguinte: “o reiki é uma técnica japonesa que trabalha com energia para beneficiar seu campo emocional para que você fique mais tranquilo, se desestresse e possa dar continuidade a seu tratamento médico com mais serenidade” (V1). Desse modo, detalhes sobre a técnica não são passadas para além do conhecimento do paciente, não se fala de chacras e, ao mesmo tempo, reforça o caráter complementar do reiki, que ajudará a continuar o tratamento.

A própria divulgação do reiki na PNPIC trás uma definição neutra, que não entra em questões de cura, amor e espírito, ele é explicado como sendo uma “prática terapêutica que utiliza a imposição das mãos para canalização da energia vital, visando promover o equilíbrio energético, necessário ao bem-estar físico e mental” (Brasil, 2018, p.108).

Essas explicações reforçam que há uma forma de evitar estranhamentos no primeiro contato com a técnica, pois a explicação é conduzida sem levar para o lado místico/espiritual, ou seja sem usar palavras como chacras, canalização de energia, “eu sou como um bambu”, “reiki é amor”, aura, alinhamento dos chacras e etc. Importante também reforçar o caráter complementar da técnica, ou seja, que ela dá suporte ao tratamento tradicional.

Os pacientes relatam com frequência que se sentem “acolhidos”, “bem tratados” e essa atenção é apreciada e harmoniza com o propósito da terapia, reforçando a sensação de que “aqui não parece um hospital”. Esse cuidado reforça a credibilidade que o voluntariado transmite, bem como uma representação da complementariedade da técnica. Os pacientes dizem não estranhar que os reikianos do hospital não tenham formação na área da saúde, ao contrário, elogiam o trabalho: “Eu acho até melhor, porque muitas vezes o pessoal da saúde é um pouco insensível e os voluntários a gente vê que eles estão aqui porque eles gostam de fazer. Então eles têm uma energia boa. Então eu acho muito melhor” (P1).

O “acolhimento” pode ser visto na relação entre paciente e reikiano, por exemplo, quando eles se abraçam ao entrar e sair, ou quando o reikiano ajuda o paciente a guardar bolsa, óculos e etc. Dentre outros momentos, foi observados casos de voluntárias que ajustam

o casaco da paciente para não sentir frio, após o atendimento, observou que algumas voluntárias ajudam os pacientes se vestirem ou a se calçarem (ver figura 13).

Também é observado que, quando o paciente tenta levantar rápido da maca, o terapeuta pede para ele relaxar (ver figura 14): “Eu pedi para ela respirar. Porque se o paciente está relaxado, se ele levanta rápido pode dar um pouco de tontura. Então é onde eu peço para ela respirar. Peço para dar uma espriguiçadinha”(V6).“Por isso que a gente até pede para dar aquela água, para entreter a pessoa, para segurar ela sentada. Porque eles são apressados, mal levantam e já vão catando sapato” (V7).

Figura 13 - Voluntária ajuda paciente a se vestir.



Fonte: Banco de dados do autor

Figura 14 - Reikiana acalma paciente com água.



Fonte: Banco de dados do autor

Ainda que o “acolhimento” se harmonize com a terapia, a orientação da postura terapêutica é saber até onde esse tratamento pode ocupar o atendimento. Porque “ali é um

hospital, tem que tratar bem, mas não vamos desmanchar em ninguém. Ninguém compra a dor do outro, ninguém chora pelo outro. Sabe essas coisas?” (V3).

Espera-se que o reikiano distinga que ainda ali é um ambiente hospitalar e mesmo que seja acolhedor, que haja uma escuta do paciente, não se deve envolver com o paciente. O reikiano não deve dar diagnósticos, ou interferir nos processos pessoais do cliente. “Às vezes uma palavra pode mudar a pessoa. Mas eu não me envolvo. [...] É diferente de um amigo, que quando um amigo conta algo para a gente, a gente quer resolver” (V3).

Também, deve atentar que o paciente pode associar a recepção, o “acolhimento” a uma abertura para “ele colocar os problemas para fora”, e esse espaço não cabe ao reikiano, há outros profissionais para isso. Essa postura adotada no hospital coincide com a prática de uma funcionária da saúde que diz que quando se dá a abertura,

“cria no paciente um desejo pela minha pessoa, porque é o lugar que eu vou conversar, e ela vai me ouvir. Então a pessoa já foge do foco, já projeta suas carências na sua pessoa, e isso eu não quero mais. Então a pessoa em vez de focar na parte da doença, na alimentação dela, nos remédios, ela já projeta a consulta em alguém que é um amigo, um psicólogo” (F3).

Durante a influência com o paciente, os reikianos colhem informações da sua saúde do paciente, não é somente uma curiosidade, uma abertura ou “escutar por amor”, é também uma conversa orientada com o fim de preencher a ficha do paciente, anotando as queixas relatadas e, como o paciente está se sentindo após a terapia. Cada paciente possui um prontuário que é acompanhado cada vez que irá receber o reiki. Assim, quando se pergunta ao paciente como ele está, há um sentimento de acolhimento em dizer como está se sentindo, porém, ressalta-se que a conversa é direcionada em função da queixa.

Então, antes de o paciente chegar, as reikianas pegam a ficha do paciente e olha as queixas anotadas, “para quando ela chegar eu pergunto, se melhorou, se está bem, alguma dor. Melhorou a dor nas costas, está tendo algum outro problema? Está dormindo bem? Assim eu vejo se ela já tinha algum problema para dormir ou não, se tinha depressão ou não, o bem estar” (V6).

“A pergunta que faço inicialmente é baseado em relação ao último relato dele. Por exemplo este relatou sobre a dor de cabeça, então eu pergunto se é em relação a algo relacionado a alimentação, se dormiu bem, se está estressado. Busco saber a fonte desta dor de cabeça. Se não saiu da rotina, então falo para procurar um médico, explico que não sou doutora e minha única orientação é encaminhar para o cuidado médico” (V8).

Quando a conversa se direciona para outro assunto, de forma sutil, o reikiano convida o paciente para o atendimento “porque senão vai entrar em um assunto que não é o que estamos procurando aqui” (V6).

“Igual essa pessoa que estava falando coisa que não tinha nada a ver aí eu falei, então tá bom Sr., vamos começar a sessão? Porque tem que ver a relação com a queixa. Por exemplo, uma dor de cabeça. Aí pergunto quando começou, pois na ficha não existia nada referente a dor de cabeça, aí o paciente explicou que foi porque brigou com a noiva, então tem alguma relação com algo momentâneo. É orientado que se a pessoa está falando muito, se volta para o cotidiano a gente pode oferecer uma água, uma balinha” (V9).

“São pessoas que querem falar e às vezes não tem para quem falar, mas ao mesmo tempo se dá abertura, ela vai para a maca e continua conversando. Aí não dá. Então eu falo que agora ela tem que pensar nela, deixar os problemas de fora. Pensar em você, na sua saúde, no seu bem estar. Aqui você vai respirar, vai relaxar profundamente. [...] E direciona para o tratamento a conversa, porque senão você está fazendo papel da psicóloga que enviou o paciente para cá. E tem muitos terapeutas que vem aqui e confundem as coisas, e quer dar orientação de vida, aí que está errada. Essas coisas enquanto a gente está recebendo, agendando, e conduzindo para a maca. É muito rápido” (V5).

O contato com o paciente foi formatado para que o paciente e também o reikiano entendam que estão em ambiente hospitalar, então,

“Essas informações tem que ser pegadas muito rápidas, eu não posso ficar no bate papo. Agora quando está atendendo individual em um outro espaço, eu tenho uma hora para atender o paciente, aí pode sentar com o paciente, ficar dez minutos no bate papo, esperar ele relaxar. Aqui não, receber, analisar, aplicar o reiki e acabou”(V8).

Em complemento, há o cuidado em reafirmar o reiki como uma terapia complementar, logo os diagnósticos são evitados, “é não fazer parte da história, é ir em paralelo” (V6), “porque aqui não é o psicólogo certo, então a gente está tratando da queixa dela, mas se ela começa com outro assunto que a família, que não sei quem, você vai até onde você vê que aquilo tem a ver com o problema dela, passou dali, tem que fazer um contorno (V6).

“Por exemplo, não é dizer para o paciente, Fulana, você me falou aquele dia que brigou com seu filho, você não tem que brigar com ele não. Não é isso. É dizer: você está sentindo a sensação agora, você conseguiu ficar tranquilo, leva isso para o dia a dia, essa tranquilidade. Entende a diferença? Tem pessoas que não sabem que isso pode acontecer, aí você fala, parece estranho, foge do conhecimento dela, mas ela começa a perceber” (V7).

Outro aspecto abordado no atendimento é o estímulo dos reikianos de incluírem o paciente para alcançar o bem estar, ainda que não se faça diagnósticos, há algumas orientações que são dadas ao paciente.

“Eu tenho que ensinar ao paciente a ter o próprio equilíbrio. Porque quando acaba, quando ele for para casa, ele possa ter a capacidade de fazer isso. Porque é uma manutenção. Então se ela vem aqui a gente faz o trabalho e ela não se cuida, o

trabalho é desperdiçado. [...] Então quando eu vou falando é uma forma de convidar ela para participar do tratamento, [...] muitas vezes eu falo que esse relaxamento que a gente busca aqui, ela pode fazer antes de dormir em casa, mentalizar ir se desligando, visualizando as cores” (V8).

“Teve uma moça que falou que relaxou vendo uma mata. Aí disse que ela podia levar isso para buscar o relaxamento em casa, se imaginar lá. Sentir o toque dos pés na terra, sentir o sol batendo nelas, se energizando no sol. É o que eu chamo de manutenção reikiana, porque ele tem que esperar uma semana para vir aqui, e aí você consegue ter uma prevenção, para conseguir relaxar, de ver que às vezes está se sufocando por uma coisa pequena” (V8).

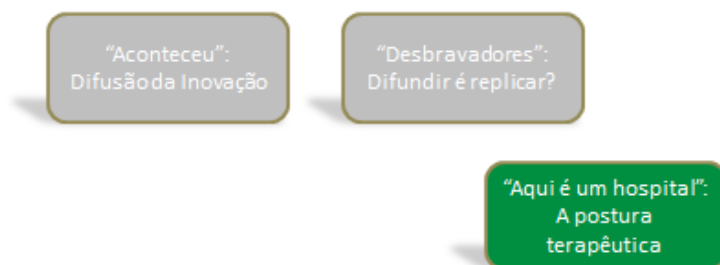
Mesmo com o incentivo de buscar seu próprio equilíbrio, foi observado que há pacientes que não conseguem se desvincular do reiki.

“A gente quer fazer as pessoas caminharem com as próprias pernas. Mas têm algumas que não adianta, elas não entendem e acabam entendendo o reiki como uma necessidade semanal, se desdobram para vir, se tiver que esperar esperam... Percebemos até algumas que ficam ansiosas para retornar quando saímos de férias. É uma pena isso. Depois que a gente começa a trabalhar na área é que a gente percebe isso” (V10).

Foi constatado que o “receio do desconhecido” pode ser amenizada pelas transformações da postura reikiana, nesse sentido relatou-se a construção da postura terapêutica, ou seja a forma que o reikiano se apresenta ao hospital e ao paciente, a explicação da técnica, o vocabulário que utiliza e as orientações dadas ao paciente, são essenciais para a difusão da técnica, visto que garante uma familiaridade maior com a conduta dos funcionários da saúde, sendo mais credível ao ambiente desbravado, pois “se o médico vê algo, pode não querer mais enviar seus pacientes. Se não tiver pacientes, qual a razão de existir?” (V2).

Em síntese, a construção da postura terapêutica impactou a forma como o reikiano explica a técnica, o vocabulário que utiliza e as orientações dadas ao paciente.

Figura 15 - “Aqui nem parece um hospital”: A postura terapêutica



Fonte: Banco de dados do autor

Nesta sessão foi visto que em contato com o novo ambiente, a prática se transforma, o que facilita sua difusão. As adaptações vão determinando o destino da inovação, seu conteúdo, mas também suas chances de sucesso, que passam pelos ajustes de atores que interagem, negociam, moldam o projeto, transformando-o para se firmar (AKRICH;

CALLON; LATOUR, 1988). E são nesses ajustes que a terapia vai conseguindo desbravar o ambiente e se difundir, tornando-se global, porém, adaptada a um contexto local.

4.4. “A mão é que pega”: O protocolo hospitalar

“Eu já estou cansado de dizer que não sou doutor, sou terapeuta, mas na cabeça dos pacientes não adianta, porque eu tenho procedimento de médico” (V1).

A sessão anterior mostrou alguns ajustes para que técnica conseguisse se perpetuar. Essas transformações são necessárias para que a técnica consiga se difundir em outros ambientes, de forma que a globalização terapêutica pode ser vista como um conjunto de manifestações locais, heterogêneas, não coerentes e diversificadas de forma que o "global" é mutável e regionalizado (BURAWOY, 2000). Assim, os processos globais se constituem de processos locais, tendo influência de grupos sociais, instituições, indivíduos, práticas e objetos, no qual o global pode ser visto como pequeno e diversificado, ao invés de grande e homogêneo (LAW, 2005).

Juntamente com outras técnicas, o reiki passou a se estabelecer em outras países, culturas ou ambientes, se enquadrando em um processo de globalização terapêutica, porém como já citado, a globalização não é uma reprodução padronizada. Corroborando com a ideia de que difundir é inovar e para que a terapia seja difundida de forma global, passará por ajustes locais, esta sessão complementa a sessão anterior ao compreender outros elementos que contribuíram para o sucesso da difusão da inovação no hospital. Será reforçada a influência da abordagem sociotécnica para o êxito da inovação. Esta vertente busca relacionar e harmonizar os aspectos sociais e técnicos, de forma a otimizar o desempenho do conjunto na medida em que componentes diferentes associam entre si formando um sistema (HUGHES, PINCH, 1987).

A abordagem da gênese e a evolução dos objetos técnicos podem ser vista pela relação entre o homem e a técnica, de forma a aproximar a técnica de sua “concretização” (SIMONDON 1989), isto é, quando a técnica apresenta uma estrutura coerente, elegante e que serve a vários propósitos ao mesmo tempo. “Inovações concretizadas adaptam as tecnologias a uma variedade de demandas que podem parecer inicialmente desconectadas ou mesmo incompatíveis. O que começa como uma coleção de partes externamente relacionadas termina como um sistema fortemente integrado” (FEENBERG, 2015, p.265).

Para facilitar a difusão do reiki no CHM, aliado a postura esperada pelos reikianos descrita na sessão anterior, a busca da credibilidade será complementada nesta sessão através do “protocolo hospitalar”, que foi o modelo de atendimento encontrado pelos reikianos que

integrou uma variedade de demandas, que a princípio pareciam desconectadas, em um formato mais padronizado e coerente com ambiente hospitalar.

De maneira geral, pode-se dizer que o “protocolo hospitalar” surgiu da necessidade de adequar o atendimento reiki ao novo ambiente, em função das demandas que foram sendo geradas na prática. É válido ressaltar que dada à ausência de diretrizes específicas para o atendimento reiki em hospitais, a gestão do Espaço Bem Estar é de responsabilidade dos reikianos. Não há diretrizes institucionais, nem regras impostas pelo hospital para conduzir a técnica, dessa forma, o “protocolo hospitalar” contribui para amenizar o estranhamento da técnica ao aproximar o atendimento reiki de um formato mais neutro e padronizado.

“Espero uma postura profissional, que saiba tratar o próximo com educação e humanidade. Não com um olhar de visionário, de louco, de mágico. Quando você vai ao médico, como ele trata você? Como um profissional. Ele não fica revirando olho, sentindo arrepio, falando para você, ai meu filho, eu acho que não sei o quê. Você entende? Então qualquer pessoa que chega lá eu trato a pessoa como um médico trata um paciente. É isso que eu tento fazer com que as pessoas entendam. Porque nós não estamos numa tenda de mágica, numa feira esotérica. Nós estamos em um hospital e, um hospital público. Porque na cabeça delas elas estão fazendo reiki e reiki é mágico, é maravilhoso, é amor” (V1).

O “protocolo hospitalar” não é um documento com cláusulas e instruções, mas uma diretriz para conduzir os atendimentos reiki no CHM. O protocolo é uma orientação na qual se basear na hora de explicar para os novatos que ali é um hospital e que os reikianos devem se enquadrar no padrão estabelecido.

O protocolo contribui para a técnica se integrar ao ambiente hospitalar, principalmente ao evitar estranhamentos para pacientes e funcionários, “porque quando cheguei lá, o reiki parecia uma tenda. As moças giravam os olhos, gesticulavam muito e reclamavam que o paciente ia embora. Elas não percebiam isso. Mas elas faziam um show” (V1). Será visto que o protocolo é uma orientação de conduta que reforça a imagem credível e profissional do atendimento.

Para a apresentação do “protocolo hospitalar” ainda que seja descrito de forma sistematizada, é válido pontuar que ele não foi planejado de forma sistemática, nem de uma só vez. Sua base veio do acúmulo de vivências no hospital em momentos diferentes, de forma que ele continua em transformação, pois ainda não está concretizado e continua a se desenvolver.

Através do protocolo, diversos anseios dos reikianos podem ser contidos, já que “são raríssimas as pessoas que fazem algum tipo de trabalho energético e que não cruzam com

religião. Parece que não conseguem desvincular. A energia é uma coisa, religião é outra. Eles inventam muita lorota” (V1).

“Teve uma voluntária que disse que ela não era uma qualquer, que trabalha no terreiro e atende muitas pessoas e que seus guias são todos de cura, mas eu disse, que ali não era um terreiro, que ali é um hospital e ela deveria aprender a ter uma postura de terapeuta” (V1).

Desta forma, os voluntários devem entender que em ambiente hospitalar é necessário discernir que a técnica apesar de ser a mesma, exige uma postura diferente e, espera-se que o reikiano consiga se adaptar a conduta do protocolo, mesmo que em outro ambiente o faça diferentemente.

As diretrizes do protocolo são repassadas para os novatos durante seu treinamento e também facilita a “reciclagem” da formação dos reikianos que há algum tempo não praticavam. No entanto, às vezes é observado alguma situação que foge do esperado, cabendo a coordenação reforçar algumas diretrizes do “protocolo”.

A tentativa de firmar uma postura mais neutra parece ser uma ideia simples e lógica no entendimento, ainda assim é sempre mais fácil para o inventor do que para os reikianos que ali estão, tal que a postura “foi conquistada a duras penas, porque eu tinha (a postura), mas tinha que passar isso para as pessoas” (V1).

Torna-se importante ressaltar que para o protocolo ser padrão, deve ser apropriado pelos voluntários que ali se encontram, caso contrário, a ideia dificilmente encontrará meios para se reproduzir e perpetuar.

Alguns reikianos relatam que não tiveram dificuldades em seguir o protocolo e se apropriaram das orientações, e seguem o atendimento simplificado, ou nas palavras do coordenador do “feijão com arroz”.

“Você tem que aprender o princípio do reiki. Segure-se ao princípio. Se é o básico que você está fazendo é o que você tem que fazer, então porque não? Eu acho que você tem que trabalhar com um padrão mesmo do hospital. Tem que padronizar. Eu não tive dificuldade nenhuma” (V4).

“O V1 me passou, me falou que aqui nós atuamos assim assim assim. E como eu já trabalhei em outros voluntários, eu sei que a gente tem que se adaptar, ou você e adapta ou você não fica né. E graças a Deus eu tenho facilidade de me adaptar, eu sei que cada lugar trabalha de um jeito, então é assim que tem que ser. Então não tive dificuldade de me adaptar” (V6).

“Aqui eu sigo o protocolo. Eu acho super válido. Então aqui tem algumas restrições, claro que no meu estúdio eu faço diferente, lá é algo mais íntimo, eu posso abrir um leque de possibilidades. Aqui eles procuram um apoio, um respaldo dentro da patologia que eles possuem, as pessoas que vão até meu estúdio não estão com alguma patologia instalada, e sim algum estresse ou ansiedade. Então apesar de ser a

mesma coisa, é diferente. Aqui é diferente da clínica. [...] Lá eu posso me portar diferente, tocar na pessoa, mantrar, fazer símbolos. E agrego outras coisas, eu uso outras terapias de maneira mais incisiva, eu coloco pedras correspondentes aos chakras, eu faço alguma coisa mais elaborada”(V9).

O protocolo é mais um exemplo de como a difusão não é somente uma replicação da técnica, ela vai se modificando no processo de adoção, não sendo somente a imitação ou reprodução puramente técnica, desvinculada dos meios sociais. Essa situação muitas vezes não fica clara, como exemplo, praticantes de outras terapias, ao verem o caminho trilhado do reiki, também tentaram aproveitar da visibilidade para ganharem espaço, por exemplo, praticantes do Johrei e do Seicho-no-ie já os procuraram para tentar integrar seus saberes no Espaço Bem Estar, porém não foram aceitas pela coordenação. Isso reforça o entendimento de que para uma técnica ter êxito ela somente precisa ser difundida e ter oportunidade de espaço em um novo ambiente para ser imitada, reproduzida, desconsiderando-se muitas vezes os processos de transformação ou do esforço realizado para se adequarem a nova localidade, ou que são por mais semelhantes que as técnicas possam ser, elas dificilmente seguirão o mesmo caminho.

Ressalta-se que mesmo o reiki sendo uma prática relativamente simples em comparação aos procedimentos de outras terapias, quanto mais se abre a caixa preta do atendimento, o reiki se apresenta com uma complexidade cada vez maior que somente imposição de mãos e energia. Em seguida será descrito as orientações do protocolo, resumidas em três tópicos: Reiki e Cromoterapia, Gestos e Sensações.

4.4.1. Reiki e Cromoterapia

O foco desta pesquisa é o desenvolvimento da prática do reiki, sendo assim, sobre a aplicação da cromoterapia, será introduzido somente às questões que influenciaram o atendimento reiki e não as transformações da cromoterapia em si, visto que ela também teve momentos bem diferentes no decorrer da pesquisa.

Como já dito, a cromoterapia foi integrada no espaço Bem-Estar através do V1 que queria contribuir com o espaço, porém não concordava com a postura das reikianas em função da imagem que passavam, assim, julgou que a cromoterapia poderia complementar e se voluntariou para aplicá-la e, ficou assim até assumir o cargo de coordenador.

Ao assumir a coordenação, modificou o atendimento reiki e descentralizou a cromoterapia, ou seja, o voluntariado investiu em mais lanternas e todo reikiano passou a fazer a cromoterapia. O formato atual ainda segue o modelo inicial: o atendimento deve ter

uma média 30 minutos e neste tempo o paciente deve ser atendido, sua próxima sessão deve ser agendada e ser direcionado para o tratamento, que consiste na sessão de cromoterapia e reiki.

Para iniciar o atendimento, geralmente os reikianos fazem a “limpeza do campo áurico” do paciente que é um movimento com as mãos ao redor do corpo do paciente, com a função de harmonizar seu campo energético. Esse movimento, muitas vezes, é associado a algumas vertentes religiosas e gerava estranhamento por alguns pacientes. Decidiu-se que este movimento não seria mais feito com as mãos, já que esta “limpeza áurica” foi atribuída à lanterna.

“Cromoterapia antes do reiki, porque a gente não está em um centro espírita, então não pode fazer um zap zap nele. Então a gente faz um zap zap nele com a lanterna. Então se eu fizer um dispersivo (gestos com movimentos circulares sobre o paciente), aí é porque eu sou um manipulador energético místico. Mas com a lanterna é tranquilo, era melhor ainda quando ligava na tomada, porque ai ele via o fio, que não tem problema nenhum, já estão acostumados” (V1).

Além dos benefícios da cromoterapia em si, a técnica foi integrada de forma a gerar resultados positivos no procedimento do reiki, eliminando um “gesto místico”, pois a lanterna não entra no imaginário do paciente, por ser um artefato que o paciente já é mais familiarizado e, a explicação sobre as cores e luzes, de forma geral, apresentam menos entraves do que falar de mãos e energia.

Ainda que o protocolo oriente a não fazer o gesto, foi observado uma terapeuta que realizou o movimento na paciente como mostra a figura 16 e a figura 17.

Figura 16 – Início do movimento.



Fonte: Banco de dados do autor

Figura 17 – Continuação do movimento.



Fonte: Banco de dados do autor

Os cursos de formação reiki não ensinam um atendimento padronizado e há uma liberdade para o reikiano definir seu formato. Como variáveis, cita-se que as mãos podem ser impostas em maiores ou menores quantidade de pontos, assim como o tempo que a mão fica em cada ponto pode variar. Esse tempo pode ser guiado por músicas que dão um sinal sonoro, por exemplo, a cada 3 minutos, outra opção é o terapeuta seguir sua intuição e sentir onde as

mãos podem ficar mais tempo, ou intuir que algum ponto fora do padrão precisa de cuidado, tendo a liberdade de permanecer com as mãos ali.

Essas variações podem gerar atendimentos variados, dos mais básicos aos mais longos, que inclui pedir ao paciente para virar de costas para que alguns pontos dorsais também sejam tratados. Assim, uma sessão pode variar de poucos minutos até mais de uma hora.

Para que muitos pacientes possam ter acesso ao tratamento reiki, o atendimento tem uma restrição de tempo, assim o protocolo orienta um procedimento padrão, de forma que os mesmo pontos devem ser trabalhados para que todos tenham o mesmo atendimento em uma média de tempo estipulada, para facilitar os horários de atendimento.

Essa orientação contribui para padronizar o tempo de atendimento e, como resultado, espera-se evitar que o paciente questione o procedimento, “senão as pessoas vão perguntar por que você fez uma posição a mais ou menos” (V10).

“Porque se você faz um reiki diferente, o paciente chega na outra sessão e eu vou fazer do meu jeito, na outra vem outro e faz de uma outra forma, na cabeça do paciente ele já começa a ter pô, um faz de um jeito, depois faz de outro, como é que é isso? E com isso e aquilo começa uma mistificação também” (V10).

Do mesmo modo, substituir a intuição de qual ponto impor as mãos pela padronização dos pontos também contribuiu para diminuir a mistificação ao evitar explicações de que as posições foram seguidas por sua própria intuição, crenças pessoais ou espirituais. Ameniza também especulações de que o reiki de um voluntário é melhor do que de outro.

Essa padronização também orienta os atendimentos em relação à queixa do paciente, por exemplo, alguns ambientes permitem ou orientam que o reikiano a colocar as mãos na região em que houve a reclamação, porém, no hospital esse movimento não é estimulado. Não é recomendado que o reikiano toque no lugar, caso não seja um ponto do protocolo, assim se quiser fazer algum movimento no ponto da queixa que não está no protocolo, é orientado mentalizá-lo, não impondo as mãos. Essa postura evita uma mistificação sobre os processos de cura através do reiki, tanto para os reikianos não serem associados a “curadores”, quanto para os pacientes não deixarem de seguir as recomendações dos especialistas, já que o reiki é uma prática complementar e não alternativa. É esperado que o reikiano tenha uma postura terapêutica e saiba diferenciar o atendimento que faz no hospital.

“Fora daqui eu faço localizado, porque eu consigo fazer varredura. Ai eu vou aonde precisa, mas aqui eu não faço isso, tenho que seguir esse protocolo porque todo mundo tem que trabalhar igual”. (V1)

“Em outro ambiente eu colocaria, porque a mão da gente tem energia né. [...] No centro, para aplicar o reiki, o protocolo é colocar as mãos no local da dor. Por exemplo, se está com dor no fígado, a gente põe a mão no fígado” (V11).

Mesmo com essa padronização, constataram-se algumas variabilidades entre os reikianos, alguns imaginam o ponto durante o atendimento e outros fazem essa mentalização ao se “conectar” com a energia reiki: “Eu vou mentalizar o problema da pessoa, quando faço a abertura eu peço a espiritualidade reikiana, os mestres reikianos para tratar dessa queixa, que consiga a cura, algo assim. É uma mentalização (V12). Alguns reikianos mentalizam símbolos no local da queixa para ajudar no processo de cura e por fim há relatos de reikianos que dizem confiar na energia reiki e sabem que ela atuará onde precisa ser atuado, não fazendo nenhum pensamento específico.

Ainda que os reikianos façam a imposição das mãos nos mesmos pontos, constatou-se que a ordem nem sempre é a mesma, há quem faça os ouvidos antes dos olhos, outros os ouvidos depois os olhos. Alguns fazem olhos antes do topo da cabeça, outros esse ponto antes dos olhos. Ao serem questionados sobre a sequência, a resposta é a mesma, dizem não ter importância a ordem, que cada um faz o que sente melhor, de acordo com o que aprendeu.

Uma sequência, porém, destacou-se das demais por não ser escolhida porque “aprendeu assim”. Um voluntário alterou a ordem dos pontos abaixo do quadril. De forma geral, após o ponto do quadril, os reikianos passam para os joelhos e depois descem até os pés. Esse, porém, do quadril segue para os pés e depois sobe novamente para tornozelos e panturrilha. O motivo pela troca se deu para preservar sua saúde física, justificando evitar um cansaço físico ou um mal estar pela posição lateral. Diz que é mais cômodo impor as mãos no joelho quando se está de frente do que de lado, “pois se eu for ficar nessa posição muito tempo, não é confortável” (V13).

Outro traço pessoal observado nos atendimentos se refere ao toque no paciente, sobre a área dos genitais, é consenso que nenhum terapeuta toca, já nos pontos superiores (cabeça e tronco) e nos joelhos, alguns tocam, outros não (ver figura 18).

“Da garganta ao básico acho que é de cada um, ou se incomoda ou não. Então eu não toco [...]. Prefiro não tocar para não despertar o paciente. Primeiro que eu não sei se o paciente está num momento dele e se assusta, ou que não quer que o toque. Então eu prefiro não tocar. [...] Agora na perna eu já toco, prefiro tocar”(V6).

“Por exemplo, às vezes vem uma mulher aqui, eu não sei a formação dela, daqui a pouco eu estou com a mão na garganta dela, daqui a pouco no seio. Não é por aí. Dai a pouco estou chegando no genital, então não toco. Joelho é outra coisa também, eu não sei como ela pode estar interpretando essas coisas, então eu tenho como critério para mim não tocar. Porque eu sei que o reiki não é só tocar, eu posso fazer a distância. A energia vai fluir do mesmo jeito. A coisa flui” (V10).

“Eu toco, acho que a gente precisa do toque. Eu só não toco no chacra básico (próximo aos genitais) porque a pessoa pode se sentir constrangida. Tanto que você pode ver que para mudar de posição eu tiro uma mão, coloco no outro ponto e depois tiro a outra, para não perder o contato com o paciente. E mesmo na hora do chacra básico eu toco na perna, aqui do lado” (V3).

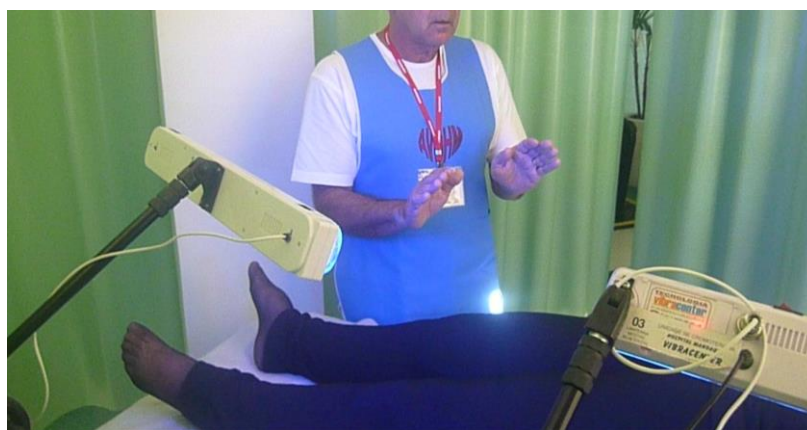
Figura 18 - Terapeuta opta por não tocar o paciente.



Fonte: Banco de dados do autor

Em um atendimento foi observado um reikiano que estava a uma distância significativa do paciente (ver figura 19), foi explicado que o distanciamento era devido a escada que o atrapalhava. Essa escada auxilia o paciente a subir na maca, ou como observado, após o atendimento alguns sentam-se nela para se calçarem. Para esse voluntário, a distância não influencia na qualidade do reiki. Com o mesmo obstáculo outra terapeuta reagiu de outra forma, ao invés do distanciamento, ela optou por apoiar os pés na escada, para descansar a perna.

Figura 19 - Distanciamento causado pelo obstáculo.



Fonte: Banco de dados do autor

Outra variação pessoal na prática é que sobre um mesmo ponto, as posições das mãos podem apresentar-se de formas diferentes, por exemplo, alguns reikianos tocam um joelho ou um pé de cada vez, outros ambos ao mesmo tempo. A maioria dos reikianos diz não haver problema nisso, é indiferente. Porém uma reikiana apresentou uma resposta em que o aspecto “místico”, associado a suas crenças, é percebido:

“Eu faço os pés separados, pois eu procuro não ficar na frente do paciente, pois pode ser que eu receba energia dela e, se essa energia não está boa? Por isso também que quando eu vou atender outro paciente eu me limpo energeticamente, assim eu atendo outra pessoa sem misturar as energias. E isso eu aprendi com o meu mestre, ele me explicou isso. Assim o meu chacra básico não fica em contato com a energia do paciente” (V8).

O toque também se mostrou diferente, por exemplo, na posição da testa, a maioria coloca somente a mão na testa, porém foi observado um reikiano que coloca uma mão na testa e outra na nuca, a explicação dada foi que o chacra possui dois lados, frontal e traseiro e, na posição testa-nuca se trabalha os dois lados. Esses exemplos reforçam que apesar dos esforços para normatizar a atividade, há variabilidades individuais, de forma que o mundo social dificilmente pode ser controlado.

Outro tópico do protocolo é a orientação de que as posições sejam feitas somente na parte frontal do paciente, pois, além do tempo restrito, fazer no dorso do paciente poderia gerar constrangimento, pois muitos pacientes do hospital não estão em condições de virar na maca, tais como, obesos e idosos; além disso, pedir para o paciente virar poderia interromper o relaxamento. Entretanto, há relatos de uma funcionária que transgrediu essa recomendação e, sentou o paciente para trabalhar alguns pontos das costas do paciente, a justificativa dada foi que seria mais confortável para a sua própria coluna, porém essa atitude não foi bem recebida pela coordenação, pois pode abrir espaço para que cada reikiano “faça o que intuir”.

Outra variação observada durante os atendimentos é sobre a respiração, uma reikiana estava usando máscara no atendimento. Para ela, além de ser uma questão higiênica, é algo que já faz parte de sua atividade em outros meios:

“Eu me sinto mais a vontade com máscara. Assim, não tem como eu ficar respirando na cabeça da mulher né, mesmo que eu tenha gripe, não tenha nada, eu não me sinto bem. [...] Eu trabalho com estética, então não tem como trabalhar sem por uma máscara, prender cabelo, né? A gente acostuma, então eu já incorporei, hoje eu não consigo nem tirar uma sobrancelha sem por uma máscara” (V7).

Porém, mesmo que não tenham máscara, foi observado que alguns voluntários viram a cabeça para o lado “para não soltar ar sobre ela, porque às vezes eu inspiro e expiro de forma

um pouco mais profunda e, soltar o ar quente em cima de pessoa não é higiênico e nem elegante. Por isso eu me viro para exalar o ar, só isso” (V13).

Baseado na lógica hospitalar no qual o paciente é atendido por um médico de cada vez, o protocolo hospitalar, tenta manter essa conduta de forma que, em condições normais, evita-se que mais de uma pessoa aplique reiki no paciente, esse procedimento é conhecido como “reiki 4 mãos” (ver figura 20), em que, por exemplo, uma pessoa começaria com as posições superiores (cabeça e tronco) enquanto a outra inicia nas posições inferiores (quadril e pernas). Entretanto, em situações específicas o formato é utilizado, como por exemplo, no treinamento do novato. A técnica 4 mãos é utilizada para que o novato entre em contato com um voluntário mais experiente, observando na prática o procedimento, o controle do tempo e a relação com o paciente. Outra situação em que o procedimento pode ser utilizado é no fim do expediente, quando um paciente chega quase na hora do espaço fechar, ou quando a fila está muito grande, pois nesses casos o objetivo é fazer um atendimento mais rápido.

Mas nem sempre o atendimento em dupla acontece de forma fluida, por exemplo, em uma autoconfrontação realizada no treinamento de uma novata, foi constatado que essa só mudava de posição quando a outra reikiana mudava de ponto. A novata buscava fazer contatos visuais com frequência para ver se já poderia trocar de posição. Inclusive em um momento a novata estava aumentando a frequência de olhar, V6 diz que “ela deve achar que eu estou demorando (risos)”. Mas reconhece que pode ser “a insegurança de quem está começando” (V6) e, de fato antes de sessão a novata havia relatado que ainda não sabia controlar a questão do tempo.

A reikiana que já trabalhava há mais tempo, explicou que essa sincronicidade não é uma situação programada, que ela não deveria ditar quanto tempo ficar em cada ponto, “assim, isso não teria problema, porque vai fluindo. Mas acho que assim a pessoa não se concentra, porque ela está olhando para mim, esperando, ao invés de fazer conexão. [...] Isso é importante ser visto para a gente orientar” (V6). Ela complementa dizendo que a novata poderia ter terminado suas posições e ficar esperando ao lado, que é essa a postura que assume, quando faz em dupla.

Outro tópico que a reikiana pontuou sobre a organização da dupla é que a voluntária que irá começar com os pontos da cabeça, por esta estar mais perto do paciente, é quem tem a interação maior com o paciente, faz as perguntas para o prontuário, o relaxamento e o desperta.

Figura 20 - Reiki 4 mãos.



Fonte: Banco de dados do autor

Para encerrar o atendimento, alguns voluntários tocam no paciente para despertá-lo, uma voluntária diz que esse toque é importante para a afinidade, “pois não temos a cultura do toque. Somente por pessoas próximas, mas reiki é toque” (V14). Com o toque há o intuito de dizer que eu estou te tocando para um bem estar seu. Estou te tocando sem te prejudicar. Eu vou te tocar, mas não vou te machucar” (V8). Então após o tratamento é como se tivesse sido gerado uma confiança, “eu te toquei, você foi tocado, em prol do bem estar” (V8). Também, nas despedidas, geralmente há um contato físico e na grande maioria através de abraço entre paciente e voluntário.

Esses exemplos elucidam como a atividade real é mais complexa do que se consegue prever. Há a iniciativa de padronizar o atendimento, o que contribui para uma credibilidade ao evitar alguns questionamentos e estranhamentos técnicos, no entanto, os traços pessoais fazem com que cada atendimento seja diferente em função da individualidade. Além disso, o protocolo não consegue controlar as preferências pessoais dos pacientes. Por exemplo, um voluntário relatou o caso de uma paciente que chegou no dia que ele estava cobrindo horário de outra terapeuta e a paciente teve certa resistência de fazer a sessão com ele. Ele perguntou se ela queria fazer o atendimento, ela respondeu que queria, mas com as meninas (que não estavam lá). Ele sugeriu agendar outro dia, pois “se seu problema é que a senhora não quer fazer reiki com homem, nos agendamos outro dia”. Por fim a paciente recebeu a terapia.

4.4.2. Gestos

Antes de iniciar o atendimento, em um momento de conexão pessoal, é comum o reikiano unir as mãos próximas ao peito, como se estivesse fazendo uma oração. Porém, para que o reiki não seja associado a nenhuma vertente espiritual, garantindo assim a neutralidade do atendimento, o protocolo sugere que o gesto seja contido, passando a conexão ao nível

mental, portanto sem gestuais. Por exemplo, enquanto está relaxando o paciente, como ilustrado na figura 21, o reikiano faz sua conexão a nível mental.

“Eu começo sugerindo ao paciente uma respiração lenta e profunda. [...] E nesse momento, quem está falando é a boca, mas minha cabeça está em outro lugar, e assim eu vou me conectando” (V1).

Outra forma observada de fazer a conexão sem que o paciente possa fazer alusão a aspectos religiosos, é fazê-la antes de abrir a sala. As reikianas se reúnem e se conectam, “não tem uma oração pronta. A gente faz na hora, pede amparo, iluminação, que consigamos fazer tudo com muito amor, muito carinho. Eu adorei isso, existe toda uma energia especial” (V7). Mesmo assim, foi observado alguns voluntários que se conectavam com o gestual.

Figura 21 - Conexão com o paciente sem gestual.

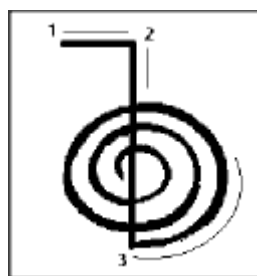


Fonte: Banco de dados do autor

Na sequência dessa conexão, foi observada em uma voluntária, um aspecto místico no atendimento, que além de fazer o movimento unindo as palmas das mãos para sua conexão, em seguida, de forma discreta, ela soprou as mãos, “este sopro de mão é trazendo a energia universal para dentro de você” (V8).

Outro tópico do protocolo é a orientação de eliminar o uso dos símbolos. Nas formações reiki são ensinados alguns símbolos que podem ser desenhados por meio de gestos no ar, nas mãos, no próprio corpo e no do paciente, porém o protocolo sugere que o desenho do símbolo deve ser repassado ao nível mental.

Figura 22 - Símbolo Cho Ku Rei



Fonte: (VARNO, 2009)

Essa orientação foi acatada em consequência a primeira emissora de televisão, que divulgou uma reportagem do atendimento, mostrando um voluntário fazendo o movimento no paciente. Geralmente, por estarem de olhos fechados, muitos pacientes não haviam percebido esse gesto e em contato com a reportagem, deram um retorno negativo sobre a prática, pois o gesto foi associado a algumas práticas espirituais, como “passe”, “macumba” ou “bruxaria”.

É importante pontuar que as percepções individuais do atendimento podem interferir na aceitação social da técnica, pois mesmo que os benefícios da aplicação da técnica são sentidos, os aspectos simbólicos/ideológicos dos pacientes podem afastá-los do atendimento. Isso reforça a importância de conseguir um atendimento mais neutro, que não impacte as crenças individuais. Há voluntários que se apropriam dessa informação e seguem o protocolo, passando o símbolo à nível mental: “como aqui tem muitos evangélicos, eles podem confundir com religião, achando que é passe ou algo assim. E eu aprendi assim com o V1, e acho que está certo, se faz mentalmente”(V4). Outros se apropriaram desta orientação porque a postura é coerente às suas crenças: “os símbolos faço todos na cabeça. E como aprendi na formação que os símbolos são sagrados, não faço na frente de ninguém” (V6).

Como renormalização dessa atividade, o desenho do símbolo nas mãos se faz ao iniciar o dia, elas vão em uma sala aos fundos, fazem os símbolos e se sentem prontas para atender os pacientes fazendo o símbolo somente no mental. No entanto, há reikianas que acham importante o gesto para a aplicação, para “abrir o campo energético”, assim, o gesto pode ser observado em alguns atendimentos (ver figura 23).

Figura 23 - Reikiana desenhando o símbolo no paciente.



Fonte: Banco de dados do autor

Foi curioso, que a mesma voluntária, no início da entrevista de autoconforntação afirma que segue o protocolo, porém no atendimento desenhava o símbolo (ver figura 24). Ela havia dito que fazia o símbolo atrás do paciente para ele não ver, porém em um segundo

momento fez na frente do paciente e, quando questionada relatou que “ela não vê também né, porque está totalmente apagada” (V8).

Figura 24 - Reikiana desenhando símbolo na frente do paciente.



Fonte: Banco de dados do autor

Outra situação observada foi que, como de costume, os reikianos começam o atendimento na parte de trás da maca para fazer as posições da cabeça e, quando se movem para a lateral, foi observado algumas variações neste movimento. Alguns reikianos tentam não “perder o contato com o paciente” e friccionam a mão para conectar novamente com a energia; outra faz o percurso de mão fechada “porque não posso sair do paciente assim com as mão no ar. Então eu fecho essa energia na minha mão” (V8). Uma terceira, tenta manter sempre uma mão em contato com a paciente ao fazer o deslocamento.

Novamente, observa-se o protocolo trás uma conduta para o atendimento hospitalar, porém, a atividade real mostra uma diversidade traços individuais de forma que o protocolo não consegue conter pequenas alterações, dessa forma, alguns gestos “místicos” ainda são realizados, ainda que a atividade de trabalho apresente uma diferença entre a forma como é prescrita e como a atividade acontece na prática, algumas das variabilidades individuais podem comprometer a credibilidade do atendimento. Alguns gestos se apresentam de forma mais discreta e até passam despercebido, por outro lado, há gestos mais perceptíveis. Esses podem gerar questionamentos sobre os princípios da técnica, criando barreiras com pacientes e funcionários da saúde. Por exemplo, em uma filmagem, uma voluntária explica que “neste atendimento o corpo da paciente exigiu as três energias, a energia circular, a energia estática e a energia vibratória. Você vai ver que em alguns momentos minha a mão fará movimento circular e outra movimento vibratório” (V6). Nesse caso, o gesto foi pouco perceptível, tanto presencialmente, quanto pela filmagem. Os movimentos de fato foram sutis e a reikiana explica: “você pode perceber que os braços estão parados, mas a mão não”. A reikiana reitera que faz assim, mas já viu “movimentos bem violentos, de chacolhar a mão. Mas é de cada um” (V6). Esse movimento foi percebido no atendimento de outra voluntária que também fez

“movimentos circulares”, porém, esses movimentos foram menos delicados, inclusive movimentando troco e braços, gestos esses que poderiam gerar questionamentos caso um terceiro visse.

4.4.3. *Sensações*

Há situações que o paciente relata alguma experiência ou sensação sentida durante o atendimento e espera explicações, porém, o protocolo orienta que essas trocas não devem ser estimuladas. O reikiano não deve dar explicações ou aconselhamentos sobre as sensações sentidas por ele ou pelo paciente durante o atendimento.

“Às vezes o paciente tem algumas sensações, mas nós não podemos prolongar, porque senão o paciente vai achar que estamos querendo saber da vida dele, e aí o que pode acontecer é sair uma mistificação em cima disso. Ouvimos só e acabou. Não comentamos nada a respeito, nós não damos nenhum tipo de atenção a essa conversa. Não estamos aqui para fazer este tipo de diagnóstico, estamos simplesmente aqui fazendo nossa doação, aplicando o reiki” (V5).

Foi presenciado uma situação em que o paciente dizia ter sentido as mãos da voluntária nos pés, enquanto as mãos estavam em outro ponto, a terapeuta não estimulou a conversa e o assunto encerrou. Foi observado também um voluntário que ao ouvir uma sensação do paciente encerrou o assunto dizendo: “essa é uma experiência sua, guarda somente para você” (V10).

Essa recomendação é importante para conter crenças ou anseios pessoais sobre o atendimento, tanto do reikiano, quanto do paciente, evitando situações inconvenientes. Por exemplo, houve o caso de uma paciente adepta a uma vertente budista e, durante o atendimento reiki, teve uma visão do monte em que o Buda se iluminou. Houve uma “mistificação”, já que a paciente atribuiu a qualidade de “iluminada” à terapeuta, associando ao próprio Buda. A paciente comentou sobre a experiência no centro que frequentava, o que despertou o interesse de um funcionário do centro o qual foi ao hospital ver a terapeuta “iluminada”.

Percebeu-se que casos semelhantes poderiam impactar a credibilidade da técnica em função do que outros pacientes ou funcionários da saúde poderiam escutar sobre o atendimento. Nesse sentido, mesmo que alguns pacientes anseiam relatar sensações ou visões, cabe ao terapeuta não estimular esse diálogo.

“Mas a gente não fala muito as coisas e o V1 não quer muito que a gente fala, porque tem muito evangélico, entendeu? Eles não aceitam. Eles são mais radicais que as outras religiões e o objetivo não é esse. O objetivo é que a gente possa ajudar com essa energia o maior número de pessoas” (V14).

“Tem alguns pacientes que vem e querem envolver a gente na situação deles. As vezes eles falam que estão sentindo algo ou que estão vendo alguém do meu lado. Eu paro. Eu falo para ele abrir os olhos, respirar, porque aqui não é lugar de ninguém ter visão” (V10).

A mesma situação é válida para as sensações do terapeuta, que não deve ser compartilhadas com o paciente. É reforçado que o hospital não é espaço para mistificação, deve-se evitar misturar o que é a técnica e o que são crenças pessoais ou religiosas/espirituais.

“São raríssimas as pessoas que fazem algum tipo de trabalho energético e que não cruzam com religião. Parece que não conseguem desvincular. A energia é uma coisa, religião é outra [...]. Por isso que esse método do hospital é tranquilo, se eu tivesse um espaço meu eu poderia fazer o que eu queria, mas aqui precisa ter esse bom senso, porque se você fantasiar, o médico que já é cético, fala que a gente é louco, que por isso que não funciona, porque tá cheio de louco (V1).

Descrito as orientações sobre o protocolo, é possível observar a influência que essas transformações tiveram no atendimento em paralelo, a padronização do atendimento mostrou como o caráter complementar da técnica se apresenta: “eles estão lá especificamente para fazer uma terapia complementar, que não precisa nem ter acesso as questões da saúde da pessoa. Eles não estão lá para serem profissionais da saúde, porque senão eles estão fora da área de capacitação deles” (F4). Ou seja, as “restrições” da interação com o ambiente não devem ser vistas como algo negativo, como se o reiki estivesse “perdendo” sua característica, sendo uma terapia complementar, essa foi a forma que ele encontrou para se difundir em ambiente hospitalar.

Tendo a característica da complementariedade, ela não deveria interferir nos avanços de outras especialidade, nem de assumir que o reiki é “mágico”, essa terapia “não é um milagre. Ela é coadjuvante. [...] Ele vai melhorando o emocional e até o físico do paciente né. Mas isso é gradativo. Eu falo para o paciente que isso não é milagre” (F5).

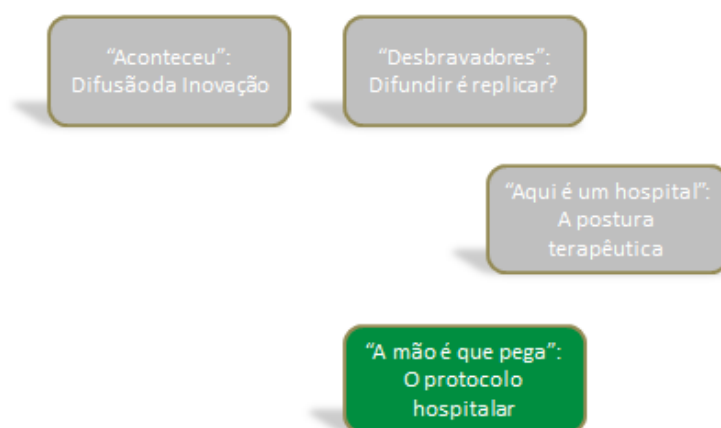
Nesse sentido, a apresentação/interação da técnica com o meio pode determinar o sucesso ou não do empreendimento e, tanto o protocolo como a postura esperada, facilitam a difusão, porém, o mundo social é heterogêneo e mesmo que se tente uma padronização, ainda assim o atendimento se faz heterogêneo nos pequenos detalhes, tal como, as renormalizações e os traços individuais descritos.

Foi descrito que, desde a explicação do que é reiki até as explicações no após o atendimento, há um cuidado sobre as informações que se trocam com o paciente. Através dessas adaptações construiu-se uma relação de confiança com os profissionais da saúde e com os pacientes, ao apresentar o reiki de forma a gerar um menor estranhamento pela novidade técnica e seus métodos.

Pode-se observar que as alterações exemplificam a tentativa de adequar a técnica ao novo ambiente. O protocolo hospitalar foi a conduta encontrada para que o atendimento reiki pudesse ser replicado em larga escala em ambiente hospitalar, ele agiu como um intermediador entre o meio social e o novo ambiente, norteador do atendimento reiki no CHM.

Para finalizar essa sessão, ressalta-se que os praticantes em contato com a dinâmica da globalização terapêutica desenham eles mesmos, caso a caso, seus próprios contornos (Ong,; Collier, 2005) e a técnica vai tomando uma nova forma, buscando cada vez mais uma coerência interna do atendimento e “à medida que os dispositivos evoluem no curso do progresso técnico, eles são continuamente reprojatados para multiplicar as funções suportadas por seus componentes. Eles produzem, então, graus cada vez mais elevados de concretização”. (FEENBERG, 2015, p.266).

Figura 25 - “A mão é que pega”: O protocolo hospitalar



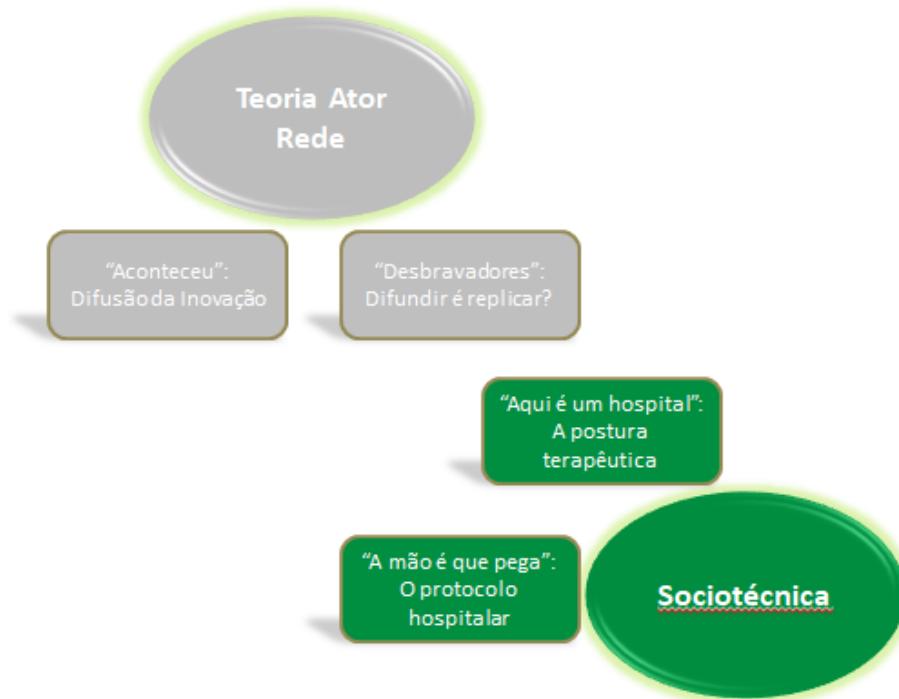
Fonte: Banco de dados do autor

Observa-se que o protocolo hospitalar concentrou uma variedade de demandas sociotécnicas e essas orientações, que foram sendo construídas na prática, possibilitaram o atendimento reiki em larga escala no novo ambiente.

Contudo, mesmo que o protocolo tenha conseguido ganhos na “credibilidade”, ele não resolveu todas as situações sociotécnicas, pois ao padronizar o atendimento, variáveis que não estavam previstas entram em cena e ao mesmo tempo outras variáveis exigem novas soluções. Sendo assim o processo não se estabilizou, reforçando que a inovação não está finalizada, ela continua sendo transformada para garantir seu êxito.

A nível teórico, a abordagem sociotécnica defende que na medida em que componentes diferentes associam entre si formando um sistema, cada vez mais aproxima-se do sucesso, otimizando o desempenho do conjunto (HUGHES, PINCH, 1987).

Figura 26 - Abordagem Sociotécnica



Fonte: Banco de dados do autor

Assim, esta sessão e a sessão anterior mostraram como a prática transforma a inovação. Nesse sentido, os ajustes locais contribuem para que a inovação possa ser difundida de forma global.

4.5. “O caminho do monstro”: Sucesso ou fracasso?

“Você é um monstro. Um monstro”(VI).

Ao abrir a caixa preta do atendimento reiki no intuito de entender como a prática conseguiu se difundir no ambiente hospitalar, foi descrito que, pouco a pouco, a técnica foi se transformando para contornar os constrangimentos sociais do novo contexto, adequando tanto o perfil dos terapeutas quanto do atendimento, que limitou alguns anseios dos reikianos que tendem ao “místico/religioso” e se aproximando da conduta neutra e padronizada do ambiente hospitalar. A neutralidade de gestos, a preocupação com o vocabulário e a interação com o paciente fizeram parte dessas transformações.

No entanto, ainda que se almeje um padrão, uma conduta, um procedimento, constatou-se variabilidades nos atendimentos, algumas mais sutis e outras inadequadas ao ambiente hospitalar. Assim, em uma dinâmica criativa, situada e com muitos ajustes, a difusão acontece e a inovação se desenvolve.

Os saberes emergidos da experiência dos voluntários reikianos atuantes no Espaço Bem Estar foram apresentados de forma estruturada, porém, esse conhecimento foi construído em tempos distintos e, muitas vezes, é difícil resgatar qual evento influenciou qual decisão. Adicionalmente, defende-se que o “sucesso” de uma inovação não é a somatória de acertos, em que situações do meio social foram antecipadas e controladas. No percurso também há surpresas e, esses eventos influenciam o desenvolvimento técnico e/ou criam novos paradoxos.

Por exemplo, quando foram para a sala que estão até hoje, havia a capacidade de atender mais pacientes e para isso, o voluntariado divulgou internamente que o hospital oferecia atendimento reiki. Um paciente viu a divulgação e, após sua consulta com o especialista, foi ao Espaço Bem Estar. Lá, foi orientado que só poderia ser atendido com a prescrição do médico, então, o paciente retornou ao médico, mas esse já estava com outro paciente e não pôde atendê-lo para assinar o encaminhamento. O paciente começou a gritar no salão dizendo que era um absurdo o hospital dizer que oferece um serviço que não tem, que foi enganado e iria chamar televisão. O movimento foi grande ao ponto de a diretora do ambulatório ter que intervir, assim como V0, que foi chamada por ser a presidente do voluntariado. Como consequência, hoje em dia, o atendimento reiki não é divulgado publicamente ao pacientes. Os reikianos distribuem os panfletos para os funcionários da saúde e pedem para eles explicarem ao paciente.

Outro exemplo se refere à cromoterapia, foi citado que ela entrou no atendimento por um voluntário que não concordava com a conduta do reiki e, como resultado, eliminou um gesto místico: a “limpeza energética” do paciente. Por outro lado, a grande maioria dos reikianos entrou em contato com a técnica pela primeira vez no hospital, dessa forma, foi notado que na época do atendimento com a lanterna, alguns terapeutas usavam uma “colinha”, escrevendo no papel o ponto do corpo associado com a cor correspondente na cromoterapia. Por mais que a lanterna tenha sido programada para seguir a sequência dos pontos, elas diziam que às vezes dava-se um clique a mais sem querer que saltava duas cores, ou que sem perceber pulavam uma cor. Assim, para terem a certeza de que estavam aplicando a cor certa no ponto certo, recorriam a sua colinha para verificar se a cor correspondia ao ponto, já que não memorizaram a sequência.

Como no Espaço Bem Estar não é pré-requisito ser cromoterapeuta, a maioria não está familiarizada com a técnica, porém a falta de conhecimento não é um problema, ao contrário, há um interesse que se aprenda o procedimento na prática hospitalar. Dessa forma, evita-se que o terapeuta queira aplicar as técnicas que aprendeu em outros ambientes, com os vícios da formação, ou querendo colocar toques pessoais, que podem não ser propícias para o ambiente hospitalar, como visto, por exemplo, na tentativa de padronizar o atendimento reiki.

“Então, a gente até prefere que ele faça o curso aqui, que a gente ensine ele a fazer a cromoterapia, do que efetivamente ele fazer lá fora, porque ele vai querer trazer coisas do processo dele para cá. A metodologia dele que ele aprendeu lá. Então como a gente já tem o protocolo aqui, vamos ensinar o protocolo. Depois a gente dá a literatura para o cara ler, para saber o que ele está fazendo. Fica mais fácil”(V10).

Este pensamento não é diferente da visão da gerência da Mango Spa, eles acreditam que é difícil para terapeutas experientes desaprender o que eles já conhecem, pois eles tendem a mudar os tratamentos através da introdução de suas próprias técnicas. Desta forma, a inexperiência no campo terapêutico torna possível formá-los em técnicas corporais padronizadas, sem que estas sejam alteradas pela prática anterior (PORDIÉ, 2011c). Assim, no hospital, a falta de contato com a cromoterapia, mesmo que gere certa insegurança inicial, é válida, já que facilita a padronização do atendimento, diferentemente do caso do reiki, como já citado, o qual apresenta interferência dos traços individuais no tratamento.

Ainda sobre a cromoterapia, na época que o atendimento era realizado com lanternas, foi constatado que alguns voluntários aproveitavam dos movimentos circulares que deveriam fazer com o objeto e faziam o símbolo *cho-ku-rei* com a lanterna, já que o movimento da cromoterapia era semelhante ao do símbolo, de forma que o gesto passava despercebido.

Esses fatos ilustram que nem sempre as adaptações feitas no atendimento são puramente racionais de forma a antecipar situações. Muitas percepções são reações às situações inesperadas. Assim, a inovação vai se desenvolvendo, novas soluções, novas reações, já que dificilmente se consegue antecipar a dinâmica social que se apresentará no percurso. O resultado não é previsível, pois não se sabe o impacto de cada ação e também não é linear já que é um vai e vem pra corrigir esses contratempos.

“Uma coisa é reconhecer que uma inovação está progredindo com decisões, algumas das quais são às vezes implícitas, e outra é apoiar, como começamos a fazer, que essas decisões são tomadas em meio a incertezas. contra o qual é quase impossível garantir com certeza. Este é o paradoxo para nunca esquecer. Quando se trata de ciência e tecnologia, embora consideradas como modelos de lógica, ordem e racionalidade, as decisões racionais são as mais difíceis de imaginar! Inovação, por definição, cria instabilidade, imprevisibilidade que nenhum método, tão refinado como seja, consegue dominar completamente” (AKRICH; CALLON; LATOUR, 1988, p.10).

O atendimento reiki no CHM se apresenta como uma experiência bem sucedida: possui o respaldo institucional, é apoiado pelo encaminhamento médico e os reikianos desenvolveram uma conduta para amenizaram a não familiaridade com a técnica, porém, a inovação está inserida em um contexto, em um meio social e nem sempre se consegue dominá-lo completamente.

Nessa direção, destaca-se que a crença pessoal de alguns pacientes ainda é uma barreira para a difusão do reiki. É importante que se “crie uma cultura que eu não estou tentando mudar a religião do paciente, que não tem nada a ver” (F2).

Os próprios profissionais entendem que alguns pacientes podem não receber muito bem a sugestão do encaminhamento para a terapia, então tratam o assunto com mais delicadeza.

“Com as pacientes eu converso, eu tento conversar e nessa conversa, eu vejo o que elas falam. Se elas falam porque Deus, porque Deus quer. Aí eu já sei mais ou menos o qual religião que é, sabe como é né, difícil sugerir o reiki” (F6).

“O reiki é difícil ser aceito pela religião evangélica, pois eles veem o reiki como um passe espiritual. Por mais que a gente explique que não é, que é a transmissão de energia pelas mãos. Que ela vai ter os efeitos da melhora do sono, da ansiedade, alivia a dor a gente explica tudo, mas mesmo assim ainda tem pacientes que não aceitam a aplicação do reiki. [...] Tem horas que nem mudança de vocabulário faz eles aceitarem. E como eu não obrigo, eu sugiro, que ele faça para o bem dele, para a recuperação do quadro geral, eu deixo livre para eles optarem, mas dificilmente aceitam” (F4).

“Eu normalmente pergunto a religião né, os evangélicos tem mais dificuldade em aceitar, pelo que eu observo né, eles não aceitam. Já os católicos, os espíritas já tem mais facilidade” (F5).

Assim, não obstante os esforços para a conscientização dos potenciais do reiki e para amenizar a “mística” do atendimento, a técnica ainda é associada com aspectos religiosos, “então é uma parte que tem que abordar mais devagarzinho, senão acha que é qualquer coisa sem ser o tratamento que a gente faz aqui, que é um achismo, ou uma coisa da nossa cabeça” (F2).

Torna-se importante ressaltar que não é somente o reiki que possui obstáculos sociais para sua difusão, durante as entrevistas, também foi relatado à dificuldade de encaminhar alguns pacientes para o psicólogo, devido ao que se imagina sobre a terapia.

“O encaminhamento do reiki não é tão natural, mas tudo o que é encaminhamento para algo que é extra matéria, extra físico, não é tão simples. Até para o psicólogo a gente tem que tomar cuidado, principalmente pela falta de conhecimento da pessoa que está a minha frente, a maioria deles, acham que psicólogo é coisa de louco e dizem que eles não são loucos. Então você tem que chegar devagarzinho, orientando e falando então o psicólogo já é um profissional reconhecido, já tem a faculdade, já é uma terapia mais conhecida” (F4).

Apresenta-se outra face da inovação, que não possui tanto prestígio, é evidenciado o lado do desenvolvimento que nem sempre é alcançado por boas ideias/escolhas. Quando se analisa a atividade com uma profundidade maior, observa-se que o sucesso da inovação - seja pelo espaço desbravado, o formato apresentado, a credibilidade e visibilidade do atendimento, a agenda cheia -, não é um estado fixo, é uma construção, uma construção social. E mesmo com todas as conquistas, a complexidade do meio sociotécnico ainda impõe desafios.

Por exemplo, contrário às expectativas, os candidatos que possuem formação na área da saúde são restritos de se voluntariarem ao reiki. Isso aconteceu, pois alguns reikianos com formação na área da saúde estavam interferindo no tratamento dos próprios especialistas do hospital, dessa forma, para evitar que voluntários questionassem as recomendações de especialistas do hospital, a restrição ocorreu. Como consequência, muitos reikianos encontram-se pela primeira vez atuando em ambiente hospitalar, o que reforça a dificuldade de entender o que significa “estar em um hospital” e se adequar a postura neutra esperada.

“No começo foi estranho trabalhar com pessoas doentes. Eu nunca estive num ambiente assim como o hospital. Eu sempre tive um pouco de medo de gente doente [...]. Você sente que tem. No começo, você fica com um pé atrás, hoje não, já recebo as pessoas com mais carinho. Isso é uma melhora para nós, para o nosso comportamento, para o nosso sentimento” (V14).

“Até ano passado, em dezembro, eu chorava muito em ver a pessoa largada. Eu tinha que ficar o tempo todo me vigiando, porque quando vê, eu já estava chorando igual o paciente. E eu não podia ficar assim, se eu queria continuar ajudando eu não podia ficar assim. Ai eu disse, eu preciso parar de chorar, eu preciso parar de entrar na energia do outro. Aí eu consegui” (V2).

“Tem umas (pacientes) que já estão desmontadas, aí dormem no meio do reiki. E cai para cá e cai para lá.. [...] Tem paciente que tem que tirar muleta, tirar a mochila dela, conduzir para a cadeira. Ela não se mexe mais. Só que ela parou de vir no dia que eu atendo. Só que as meninas que atenderam não tiveram traquejo para cuidar, e deixaram a menina vazar da cadeira e a menina quase que caiu no chão. Quando ela me contou eu disse: criatura, você tem que ter, poxa, esse *feeling*. Elas não tem esse *feeling*”(V1).

Sendo restrita a atuação de reikianos da área da saúde, os terapeutas que trabalham no atendimento reiki precisam de um tempo para entenderem a lógica de atendimento e, essa adaptação é agravada pelo fato de que as formações reikianas são heterogêneas, na qual cada mestre se posiciona de uma forma diferente à técnica, com vocabulários, crenças e recomendações distintas.

“É muito difícil trabalhar num hospital. Se eu estivesse em um grupo holístico não tinha problema, pode fazer de tudo. Pode ver tudo, pode soltar fumaça. Mas no hospital você tem que ser neutro. Isso existe, está aí no planeta, mas você não pode ficar falando isso para as pessoas” (V1).

Como descrito nas sessões anteriores, para contornar a situação, orienta-se uma postura bem como um protocolo de atendimento para diminuir as diferenças entre o universo do reiki e o universo hospitalar. Para essa aproximação, a padronização, se fez necessária, pode-se supor que esse formato “limita” os aspectos mais criativos, intuitivos ou ideológicos do atendimento tal que, sem essas características, nem sempre a postura e as orientações do protocolo são facilmente apropriadas. E para que se consiga firmar o padrão de atendimento, é necessário que os reikianos corroborem com o procedimento, que consigam adequar suas crenças e sua postura.

Porém, ainda que o protocolo tenha sido uma solução para facilitar a difusão do reiki, gerou-se um paradoxo, pois, o atendimento ao se aproximar da lógica hospitalar, se afastou da lógica oriunda das formações reikianas. Então, há um esforço constante para “educar” o reikiano e, constantemente é necessário reforçar que ali é um hospital e que há uma postura esperada. Por mais que mensagem pareça simples de entendimento, na prática, a teoria é outra.

“Por isso que eu digo, mas cada um é cada um, cada mestre é cada mestre. Cada um tem sua maneira de aplicar, mas tem pessoas que nós temos muita dificuldade em adaptá-los. Por que precisamos adaptar e fazer todo mundo igual? Porque estamos no hospital. Não estou num espaço holístico onde cada um pode cantar, fazer mantra, fazer isso, fazer aquilo. Nós não podemos fazer nada. Se quiser faz mental. Os seus símbolos você faz mental, mantra faz mental, nada de falar, nada, nada, nada. Porque tem muitos evangélicos, tem muitas religiões diferentes, então é complicado” (V0).

A transição não se faz simplesmente esclarecendo as diferenças. As transformações, mais do que na teoria, se fazem na prática e, pouco a pouco, o reiki consegue incorporar

diversos interesses sociais e técnicos, ainda assim, para que a “solução” tenha êxito, um controle diário é essencial.

“E isso é o que mais me desgasta, porque eles vêm cheios de conceitos que alguém falou para eles, provavelmente o mestre, que fala um monte de papagaiada, que só é legal lá no espaço daquele cara. Mas quando ele vem aqui, ele tem que se desvestir daquilo. Porque não funciona, é este o grande choque. Porque eles não conseguem, porque reiki é reiki do jeito que eles fazem. Porque reiki é símbolo e eles querem aplicar o que o mestre ensinou. [...] Pode até funcionar lá não sei aonde, mas aqui não vai funcionar. Essa é a maior problemática que a gente tem. E outra é fazer o cara entender que aqui dentro ele é um terapeuta. Mesmo que dentro da cabeça dele ele seja um reikiano. Ele é reikiano, mas aqui dentro ele é te-ra-peu-ta. É a maior dificuldade colocar isso dentro da cabeça da pessoa” (V1).

Então, mesmo depois as orientações e treinamentos, no período de adaptação, o voluntário passará a atender os pacientes sem a presença de outro voluntário e, ocorre de a orientação inicial não ser suficiente para que o protocolo seja seguido.

“Eu vou treiná-la através do protocolo. Mas elas não trabalham só comigo, tem um momento que eu tenho que colocá-las sozinhas e quando elas ficam sozinhas, o protocolo saiu pelo ouvido. E elas começam a fazer da cabeça delas. Aí eu não estou lá. Eu não posso controlar. Aí o que eu tenho recebido de retorno? Paciente que está trocando de dia. Eu vou fazer o que? Aí eu vou lá no dia para ver o que está acontecendo, oriento novamente e elas falam que não gostam de ser chamada a atenção” (V1).

Então, a padronização tinha o fim de passar uma credibilidade e de fato, facilitou a difusão no hospital, sendo ressaltada como uma solução, porém o que era solução começou a virar problema. A transformação gerou situações que estavam difíceis a serem resolvidas e, o número cada vez menor de reikianos era uma preocupação.

Inovar é jogar homens contra outros homens, isto é, rejeitar certas análises ou previsões para aceitar os outros, seja o desafio prever uma reação química ou a reação de um mercado. Para traçar seu caminho, o inovador julga constantemente os seres com quem se encontram ou trabalham: há aqueles que traem ou que já traíram, aqueles que falam a verdade e aqueles que mentem, aqueles que são fiéis ou fã e que estamos determinados a acreditar em qualquer ocasião, há os indecisos e os oportunistas, desconfia-se, mas não pode correr o risco de ignorar (AKRICH; CALLON; LATOUR, 1988, p.17).

Por isso é importante considerar fatores humanos e técnicos, paixões e razão no processo da inovação, pois dúvida, confiança, gratidão e admiração, assim como, suspeita, desconfiança e ódio, estão no centro desta caminhada (AKRICH; CALLON; LATOUR, 1988).

E nesta cacofonia de vozes, a inovação acontece. É um processo não linear, sem vencedores ou perdedores, passa tanto pela transformação da técnica quanto pela transformação no uso e, diferentes interpretações sobre a técnica induz a formas diferentes os problemas e as soluções (PINCH; BIJKER, 1987). Neste sentido, a contribuição de V1 com a

postura e protocolo começou a gerar insatisfação entre os reikianos que não se adaptaram as correções e exigências do protocolo, tanto que nos últimos meses que V1 estava como coordenador, em função da “falta de voluntários”, alguns dias da semana, as portas do Espaço Bem estar se fechavam. Distingue-se que a falta de voluntários não se dava pela fala de candidatos, mas de um perfil que se adaptasse ao ambiente hospitalar e a neutralidade do atendimento.

Por exigir a adaptação dos reikianos de formas incisivas, V1 já foi chamado de insensível, demônio, monstro, dentre outros termos.

“Teve uma cromoterapeuta que começou a fazer umas coisas com a lanterna... Ela girava a lanterna. E ela disse que aprendeu uma técnica com Ashtan Sharam e queria fazer aqui. E disse que ia fazer o reajuste do duplo etéreo. Eu disse não. Disse que aqui no hospital ela não ia fazer o que o mestre ensinou, que ia fazer o feijão com arroz que eu ensinei. E esse feijão com arroz vai funcionar. Mas eu vi ela fazendo e disse: mas menina, eu não disse que você não poderia fazer? Ela disse que era um pouquinho. Eu disse, nem pouquinho, nem poucão. [...] Nunca mais eu quero ver você fazendo isso. Isso aqui é um hospital. [...]. Aqui você não vai fazer. E ela me disse: Você é um monstro. Um monstro” (V1).

O paradoxo da credibilidade entra novamente em cena. A prioridade pelo perfil esperado começou a diminuir muito o número de atendimentos, a agenda de pacientes precisava ser atendida, porém nem sempre tinha voluntários. As pessoas que se voluntariavam para o atendimento reiki geralmente eram indicados por quem já trabalha ali, já que não fazia mais chamadas públicas, devido a quantidade de perfil não esperado que aparecia. Dessa forma, a “credibilidade” que se buscou construir frente ao hospital estava gerando conflitos com os reikianos, já que quase nenhum era “apto” a atuar lá.

“Não adianta fazer uma campanha para conseguir voluntário. Você consegue um monte, mas que vai virar voluntário mesmo, são um ou dois. E desses dois, que vão querer ser reikianos, talvez um ou nenhum, porque precisa ter a capacidade” (V0).

Havia o receio de alguns os perfis, mesmo que se encontre com maior facilidade, poderia de alguma forma afastar os pacientes e descredibilizar o atendimento perante o hospital em função da conduta nos atendimentos e impactar todo o esforço que foi relatado até então. Então, V1 deveria superar a resistência ao protocolo para ele se estabelecer.

A inovação pode ser vista como “uma caminhada que pode terminar no drama. Como num jogo de xadrez onde paramos o relógio, interrompemos abruptamente, sem avisar, os jogadores já acostumados a tomar todo o seu tempo” (AKRICH; CALLON; LATOUR, 1988, p.8). O jogo parecia estar virando novamente, e nessas situações, para manter fiel a ideia, V1 deveria se adaptar as novas demandas ou mudar o meio social.

“O inovador está perfeitamente livre para acreditar em seu produto a ponto de não querer transformá-lo. Mas então ele deve ser capaz de retornar as resistências que o bloqueiam, descobrindo novos aliados, invertendo o equilíbrio de poder que é desfavorável a ele” (AKRICH; CALLON; LATOUR, 1988, p.5).

A solução virou um problema, poderia ser interessante redefinir a técnica, ou persistir em algo que ainda promete o momento de se perpetuar.

“Como os clientes, e ainda mais barulhentos, os especialistas estão divididos e o inovador deve decidir no coração. Ele se vê imerso em uma cacofonia infernal, chora e apela a todos os lados; está saturado de informações contraditórias, cercadas pelos projetos e previsões mais extremos. É no meio desse tumulto, apressado, intoxicado com conselhos de todos os tipos, que ele deve seguir seu caminho” (AKRICH; CALLON; LATOUR, 1988 p.17).

V0 não poderia mais ser presidente do voluntariado e então poderia se dedicar mais ao projeto do reiki. V0 reassumiu a coordenadoria do reiki e voltou com sua postura inicial, a qual o número de voluntários reikianos deveria aumentar, para atender mais pacientes, e as portas estarem sempre abertas. Algumas voluntárias que não se adaptavam ao modelo antigo foram contatadas e voltaram para o atendimento. A divulgação do trabalho em redes sociais voltaram e, inclusive conseguiu-se a divulgação no site de um dos reikianos mais conhecidos do Brasil.

As conquistas realizadas na outra gestão foram desperdiçadas e não devem ser vistos como um “fracasso”, sendo desprezadas. Observa-se que as orientações do protocolo e a conduta esperada continuam a ser repassadas para os reikianos até os dias atuais.

Alguns aspectos também foram alterados, novamente a rede de contatos de V0 contribuiu para reestruturar a sala de atendimento. As divisórias agora seguem o mesmo modelo das cortinas do hospital, propiciando um ambiente mais reservado, segundo a opinião dos voluntários e pacientes que acompanharam a mudança (ver figura 27 e figura 28).

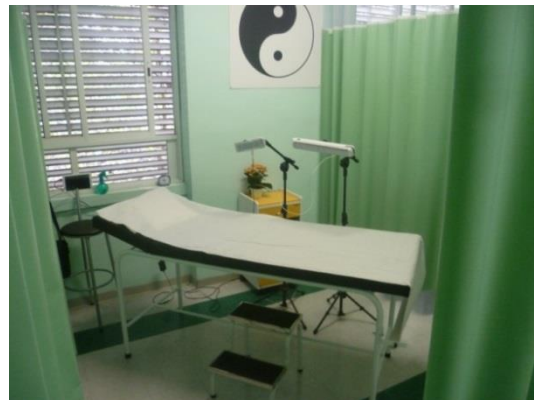
A cromoterapia também foi alterada em parceria com um cromoterapeuta que doou equipamentos ao Espaço Bem Estar. Como já explicado, antes a aplicação era feita com uma lanterna, no novo formato, a sequência é controlada no tablete e, as luzes mudam sozinhas em função da programação escolhida. Os reikianos não precisam mais fazer “colinhas”, nem ter conhecimento sobre a cromoterapia, somente manusear o tablete e selecionar a sequência padrão do hospital.

Figura 27 - Sala de atendimento reformulada.



Fonte: Banco de dados do autor

Figura 28 - Espaço interno.



Fonte: Banco de dados do autor

A atividade de separar as fichas e fazer o agendamento do paciente incomodava os reikianos na gestão anterior e, uma mudança foi realizada para resolver essa situação. Como o fluxo de pacientes seria maior, pois teria mais reikianos, V0 disponibilizou uma voluntária, não reikiana, para realizar as questões burocráticas do reiki: olhar os pacientes agendados do dia, separar suas fichas e entregar para o reikiano, agendar a próxima consulta do paciente. Dessa forma os reikianos não precisam mais preocupar com as questões administrativas e podem focar no atendimento.

Pontua-se que as visões diferentes que V0 e V1 têm sobre a “credibilidade” mostram também como as traduções são interpretações da realidade e como ela se manifestará na prática. Os ajustes são situacionais e, por depender de uma interpretação subjetiva, acusações entram em jogo, num duelo em que cada um defende seu posicionamento e, no confronto dos vários discursos de acusação, que a inovação acontece (AKRICH; CALLON; LATOUR, 1988).

“É por isso que um objeto nunca pode ser deduzido de objetos anteriores pela simples mutação de um parâmetro técnico. Se alguns centros técnicos são cemitérios de inovação sem mercados, museus empoeirados, não é por causa de sua incompetência ou de sua inadequação, é porque os recursos que eles perderam, talvez até a vontade, por engajar-se nessa incansável atividade de compromisso, muitas vezes em nome de uma concepção altamente idealizada de virtuosismo tecnológico. O futuro é a hibridização, em vez de linhas puras e duras” (AKRICH; CALLON; LATOUR, 1988, p.6).

Foi apresentado que artefatos recém-criados raramente chegam perto da perfeição, pois quando colocado em uso, o usuário se adapta visto que a técnica pode cumprir de maneira imperfeita a função esperada/necessária (PETROSKI, 1992).

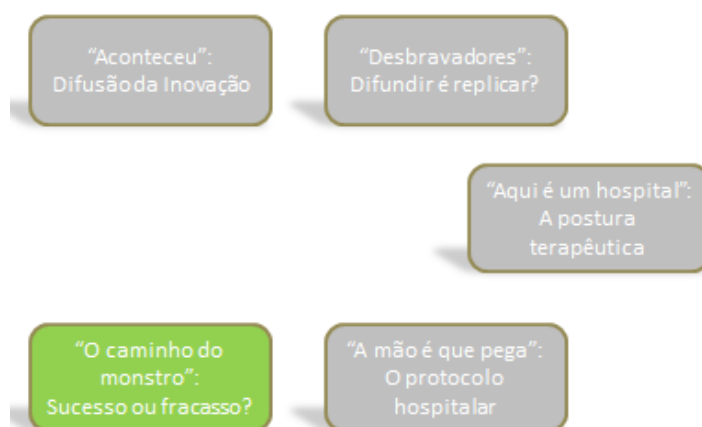
“A margem de indeterminação entre o previsto e o real é uma lacuna onde pode haver um contratempo funcional, em que o dispositivo completamente automático é

fechado sobre si próprio e funcionalmente único. Mas essa abertura no interior, que é capturada nas modificações, também permite a abertura do lado de fora. Essa inteligibilidade da operação interna da máquina é, então, a condição para se imaginar todo um espectro de ajustes possíveis para integrar-se a um conjunto técnico de nível superior” (SIMONDON, 1958, p.5).

A inovação dificilmente consegue antecipar a dinâmica social e os ajustes almejam que a técnica tenha o desempenho esperado e são fundamentais para o desenvolvimento, mesmo os ajustes que aparentemente “não deram certo”, são importantes, pois dificilmente podem-se mensurar os ganhos que se obteve dessas escolhas.

Em síntese, esta sessão mostrou que o atendimento evolui através de transformações que são realizadas em momentos distintos para responder aos constrangimentos do mundo social. Tais transformações possuem um papel importante no processo da inovação e, os empreendedores são desafiados pela técnica a traduzirem as demandas técnicas e sociais.

Figura 29 - “O caminho do monstro” Sucesso ou fracasso?



Fonte: Banco de dados do autor

Faz-se uma reflexão sobre o “sucesso” da inovação, pois pode-se ter a falsa sensação de uma caminhada baseada somente em boas ideias e/ou que o sucesso se deu em função do espaço desbravado, da visibilidade do atendimento da agenda cheia ou da criação da postura e do protocolo hospitalar. Porém é válido reforçar que o sucesso da inovação também tem outro lado, um pouco menos “glorioso”. Ações que não tiveram o êxito esperado, as situações imprevisíveis que o meio impôs, as variabilidades nos atendimentos e o fato de que nem todos os reikianos se apropriam do protocolo e da postura esperada. Mas esse é o campo natural da inovação, além disso, artefatos recém-criados raramente chegam perto da perfeição. Na prática, a técnica pode cumprir de maneira imperfeita a função esperada (PETROSKI, 1992).

Ainda que o sucesso das inovações geralmente seja apresentado como um lugar de vencedores ou derrotados, é válido ressaltar que todas as ações estão sempre gerando algo correto, mesmo que que na ação, ainda não possa ser nomeados como tal, em complemento, muitas vezes as experiências são relatadas como se deram certo ou errado, sem que os autores soubessem exatamente a razão dos insucessos (FLECK, 2010).

4.6. “Eles não têm tempo”: Delineando a complementariedade da técnica

“O encaminhamento surge em um contexto, eu não posso olhar para uma pessoa e dizer você vai fazer reiki, você não vai fazer reiki” (F7).

Até o momento, pontuou-se que a difusão do reiki em hospitais não depende somente dos avanços científicos e institucionais, pois uma tecnologia “pronta” pode não encontrar seu espaço. Então, foi descrito as interações sociotécnicas e as idas e vindas para a difusão e consequentemente as transformações da inovação.

Porém, há outra abordagem da inovação, tão importante quanto a trajetória da própria técnica: a forma como os usuários, que no caso desta pesquisa são os funcionários da saúde, utilizam a ferramenta.

Ainda que o reiki se apresente como uma terapia natural, recomendada para “todos e a qualquer momento”, a adesão da terapia pelos funcionários da saúde ajudarão a entender, como a técnica é utilizada, em qual momento, com qual propósito. “A natureza ou a identidade de um instrumento não é dada *a priori*. A natureza de um instrumento se descobre considerando-se o processo de sua construção e seus usos” (VINCK, 2013, p.65). Em outras palavras, a forma como reiki foi integrado na atividade dos funcionários da saúde, seus usos e desusos também contribuem para a difusão.

Como já descrito, o atendimento reiki no Espaço Bem Estar possui parcerias com alguns funcionários da área da saúde que encaminham seus pacientes. Porém, constatou-se que não são todos os pacientes que chegam para o atendimento. *A priori*, pode-se pensar que os funcionários não encaminham todos os pacientes, ou que eles encaminham todos, porém os pacientes que não chegam ao atendimento. Então, mesmo com os esforços citados até aqui, pode-se inferir que o reiki ainda enfrenta dificuldades para encontrar seu espaço no hospital.

Alguns reikianos dizem que nem todo paciente chega para o atendimento porque “os profissionais de saúde não têm tempo” de fazer o encaminhamento, por estarem apressados e, não preencher a receita do reiki além das prescrições alopáticas, por que ele “senta na mesa e próximo, próximo, próximo e, como é muito robotizado se esquece de encaminhar para o reiki” (V1). Também é comum dizerem que quando o profissional tem parceria com eles, “todos os pacientes são encaminhados. É quase que um tudo ou nada” (V0). E se o paciente do profissional da saúde não vai ao reiki, geralmente é atribuído a subjetividade do paciente e não ao profissional que não encaminhou.

Isto é, sob a ótica dos reikianos, para que a técnica seja integrada nos serviços hospitalares, acredita-se que a maior dificuldade dos profissionais da saúde é “ter tempo” e/ou “lembrar” de encaminhar seus pacientes para o reiki. Isto é, o entendimento da atividade do profissional da saúde para encaminhar o paciente para o reiki se resume em assinar a receita que os voluntários disponibilizam ao funcionário.

“Porque é um inferno este corredor... Porque o médico não vai mandar. Ele não tem tempo de preencher a documentação. Porque o SUS é burocrático. O médico atende e fala assim, vocês tem que fazer esse exame, esse exame e acabou” (V1).

Dito isso, esta sessão apresentar como os funcionários da saúde, utilizam a novidade técnica, ressaltando que os usos e desusos são determinantes para a sua difusão. Como dito, foi constatado que, nem sempre os funcionários encaminham todos os seus pacientes para o reiki. A hipótese de que não encaminham por ser um serviço voluntário, com pessoas que não são graduadas na área da saúde, não se validou com nenhum funcionário, ao contrário, eles acreditam que os voluntários “são preparados para isso. E se eles são preparados para a aplicação e envolvidos como eles são, dá total segurança. Não me incomoda de maneira nenhuma” (F4).

O campo revelou uma complexidade diferente de todas as hipóteses descritas até então e percebe-se que os reikianos defendem que “o reiki é para todos”, no entanto, na prática não é bem assim. Muitas vezes, a real atividade dos trabalhadores são negligenciadas, ou seja, as informações que eles procuram ou detectam em seu ambiente, a maneira como estas informações são tratadas, em função de sua experiência profissional e os raciocínios que fazem para decidir ações (GUÉRIN *et al*, 2001).

O que se imagina do encaminhamento para o reiki é um ato simplesmente físico, de assinar um papel, porém a atividade real é mais complexa que isso. A tarefa não é o trabalho, mas o que é prescrito, uma visão exterior que determina e restringe a atividade. Por outro lado, o trabalhador desenvolve sua atividade em tempo real e, seu trabalho pode ser entendido como uma estratégia de adaptação do que é prescrito ao que é real. Essa distância entre o prescrito e real é a contradição entre “o que é pedido” e “o que a coisa pede” (GUÉRIN *et al*, 2001). Assim, para que a ação motora de “assinar um papel” possa ser observada, outras ações cognitivas foram realizadas: julgamentos, intuição, decisão, porém esses são mais sutis à percepção e ilustram que “recomendar o reiki” é mais que um gesto físico de “assinar um papel”.

Constatou-se que, de maneira geral, os profissionais da saúde não encaminham todos os seus pacientes para o reiki. A limitação do espaço Bem-Estar e a quantidade de reikianos disponíveis mesmo que restrinja o número de pacientes que possam ser atendidos, não pode ser visto como determinante para o não encaminhamento de todos os pacientes à terapia pois, “não é chegar, indicar e pronto” (F7).

A indicação pode não ocorrer por outros motivos, por exemplo, alguns profissionais podem não saber lidar com um paciente que reaja mal a indicação e prefere se proteger e não colocar sua credibilidade em risco. Foi observado que as funcionárias que encaminham, tem o cuidado de garantir que o paciente não ache que a indicação é uma crença pessoal, reforçando que é uma terapia complementar, reconhecida pelo Ministério da Saúde. “O pessoal confunde às vezes com outras coisas, com macumba, espiritismo. Eu tenho que certificar que estou protegida, que a indicação não me causará problemas” (F6). Isto é, há uma preocupação que o paciente entenda que a recomendação para o reiki é uma recomendação dentro da área da saúde, e não baseado em aspectos subjetivos do funcionário.

Diante disso, mais que “assinar um papel”, a questão seria “para quem assinar o papel”, isto significa que os funcionários triam os pacientes que serão encaminhados. O encaminhamento é impactado pelas crenças do paciente, de forma que, para se proteger de eventuais constrangimentos, o especialista começa a ver se ela realmente seria útil a todos os pacientes, qual será sua função e como integrá-la na atividade pois, “cada pessoa é única, não dá para padronizar isso (F3).

Dito isto, será descrito alguns aspectos considerados para que a indicação do reiki aos pacientes aconteça. Assim, de forma que os benefícios do reiki possam ser sentidos por seus pacientes, a inclusão gera novas demandas para o funcionário, de como lidar com a técnica, como repassá-la para o paciente, como saber se a indicação será oportuna.

“Dá trabalho, mas dá um outro significado para nosso trabalho. O profissional tem que estar aberto para isso. Para mim é melhor assim, eu tenho mais recursos, a pessoa vai falando e a gente vai tendo outras ideias, nossa como eu faço isso, como eu posso fazer com que a pessoa perceba isso” (F7).

De início, o funcionário busca analisar a “abertura do paciente”, já que precisa se sentir confiante ao sugerir uma terapia complementar de caráter energético.

“Não dá para indicar para todos os pacientes, pois temos 1200 pacientes ativos, então no atendimento, eu observo aqueles pacientes que tem a necessidade e o desejo. Por que muitas vezes, tem aqueles pacientes que não aceitam o tratamento” (F4).

“Não é qualquer um que a gente envia para o reiki, são pacientes que dão um pouco mais essa abertura para falar de espiritualidade, religiosidade e com sintomas um pouco mais emocionais [...]. Às vezes o paciente é tão superficial que ele não deixa a gente entrar nesses assuntos assim. [...] Então se eu abordei já a parte da espiritualidade, eu vejo quais as principais barreiras, mas tem gente que é ateu e nem quer saber disso. Tem outros que são evangélicos e tem receios a terapias diferentes. Eu já encaminhei pacientes evangélicos, mas vou indo aos poucos, entendendo e, se eu me sentir segura, eu explico e indico o reiki. Reforço que está no hospital, que é uma terapia reconhecida pelo SUS, qual o nicho que é utilizado” (F2).

Assim, procura-se observar se o paciente é “aberto”, tanto para se proteger de uma indicação que pode gerar situações inconvenientes, como a perda de confiança ou credibilidade, quanto para não perder tempo e se desgastar com pacientes que provavelmente não irão ao espaço Bem Estar receber o reiki.

“Essa abertura precisa que seja uma pessoa religiosa, mas no sentido amplo, não uma evangélica, uma católica, uma dogmática com a mente fechada. [...] Então essa pessoa, mas não uma religiosa convencional, mas que é aberta e ao mesmo tempo bastante desequilibrada. Então de alguma forma eu consigo triar tudo isso durante a consulta, falando de outras coisas, então na hora de sugerir é rapidinho” (F3).

“Tem paciente que só aceita remédio, tem paciente que quer outras opções. Primeiro podemos encaminhar para a acupuntura, para o reiki, para a atividade física, mas tem paciente que é cético, então eu não perco meu tempo, não encaminho. Agora tem pacientes que acreditam mais em energia, tem uma visão mais ampla, tem outros que acreditam só em remédio” (F5).

Essa leitura do paciente foi integrada na atividade, não como um momento específico, mas ao desenrolar do próprio atendimento hospitalar, com perguntas que parecem corriqueiras, porém trás informações ao funcionário sobre a possibilidade de indicação.

“Ao mesmo tempo em que eu estou atuando com o paciente eu vou falando [...] Da mesma forma em que eu vou fazendo a higienização do paciente, da retirada da bolsa, a higiene da ostomia eu vou aproveitando, vou vendo ele como um todo e falando sobre tudo e falo sobre reiki, vou esclarecendo dúvidas e tateando sua abertura com o reiki” (F4).

Há, porém, casos que o paciente não possui uma “abertura” às terapias complementares, porém todos os recursos hospitalares já foram usados, desta forma a terapia complementar poderia auxiliar no processo de bem estar do paciente.

“Eu tento examinar a causa clínica, faço exame, faço eletro, faço tomografia, exame de sangue e o paciente tem vários sintomas né. E quando faz todos os exames, e os resultados deram todos normais, eu mostro para o paciente e falo, olha, eu acredito que você tem todos esses sintomas, então vamos tentar tratar de uma outra maneira. [...] Eu dou a opção, acupuntura, reiki, terapia” (F3).

Mas, ainda que a “abertura” do paciente seja detectada, não significa que o paciente será indicado. No hospital uma necessidade deveria estar vinculada. Então, além de estar “aberto” à terapia, procura-se algum desequilíbrio, observando se realmente há necessidade do paciente receber o reiki, por exemplo, quando detectado “dores na alma”, ou seja se os níveis de ansiedade se diferem da média, se há insônia, dentre outros.

“Eu não posso enviar qualquer paciente, mesmo porque o pessoal do reiki tem sua agenda também né, por isso encaminho só os pacientes com dores crônicas, com dores na alma: Depressão, ansiedade, angústia. Situações que o paciente não consegue se resolver, não consegue ter uma visão diferente, viver o presente. Coisa que é mais difícil à gente chegar lá” (F2).

“Então a gente tem que ter uma visão mais ampla dos pacientes. [...] Porque dentro do nosso protocolo a gente tem que perceber se o paciente tem algum probleminha psicológico ou neurológico, então a gente vê se tem perda de apetite, perda de peso. Aí quando eles vão explicar eu dou uma puxadinha nos aspectos mais emocionais” (F1).

E de fato, a maioria dos pacientes relatam questões ligadas “as dores na alma”, aspectos relacionados ao emocional como a ansiedade e/ou insônia, exemplificado nos relatos a seguir.

“A acupunturista me encaminhou para o reiki. Assim, eu não estava dormindo. E o reiki acalma, acalma muito. Porque eu sou muito ansiosa e eu tenho a fibromialgia, e eu melhorei muito no reiki” (P5).

“O reiki me acalma, me acalma. [...] É, por causa do stress que eu estava. Às vezes eu jantava e não almoçava, ou almoçava e não jantava, eu não consegui comer direito. Então eu passei a me alimentar melhor” (P6).

“Ela disse que eu sou nervosa, que eu faço tratamento psiquiátrico também e, eu tenho dificuldade em dormir, então ela achou que ia me fazer muito bem. [...] A gente sai daqui muito leve. Não consegui ainda deixar o remédio, mas eu saio daqui muito bem. Se eu pudesse eu faria todos os dias. Eu gosto muito” (P7).

“Eu ia fazer a bariátrica, mas como tenho problema sério de saúde, vascular e eu já fui operado do coração, eles não estão querendo me operar. Toda operação é risco, mas para mim o risco é maior ainda. [...] Fui encaminhado, pois eu tinha muita angústia, era muito nervoso. [...] Esta indicação foi feita porque eu não podia operar, e a psicóloga viu que eu estava muito nervoso e me encaminhou. [...] Então como eu não posso mais operar, eu não posso mais usar os serviços, então me encaminharam para a psicóloga e a endócrino para elas me darem assistência. Para relaxar um pouco” (P1).

“Eu estava com uma dermatite, estava vermelho, eu estava passando aqui com a dermato, e ela achou que era talvez relacionado ao estado emocional. Aí ela falou que tinha um espaço aqui no hospital bem agradável, que ia trazer uma sintonia interna. Eu achei interessante. Então ela me indicou a esse tratamento além dos outros que eu já estava fazendo. [...] Eu saio daqui muito mais tranquila, mais calma” (P4).

Assim, verificado que o paciente possui uma abertura para receber bem o encaminhamento, com vontade e disponibilidade e, detectado uma necessidade associada, a indicação pode não ser direta, no primeiro contato. De maneira geral foi observado que há um cuidado para que a terapia seja sugerida, pois não sendo coerente com o atendimento hospitalar pode enfraquecer as relações de confiança entre o profissional da saúde e o paciente.

“Nem todo mundo está preparado para o reiki naquele momento, eu, tenho a possibilidade de ter uma leitura maior, um *feeling* maior até de saber quando ela pode passar para o reiki e quando ela vai receber bem a terapia. E muitas vezes não é

questão de resistência é que existe um momento em que estas terapias são mais funcionais” (F7).

“Eu geralmente nunca encaminho logo de cara, o reiki tem pacientes que depois que passaram duas ou três vezes comigo, eu faço o encaminhamento, pois é quando se percebe que é uma angústia, ou algo além do que simplesmente fazer um exercício, ou passar com o psicólogo e que precisa de algo a mais, aí entra o reiki” (F2).

Já com outros pacientes, o funcionário pode não se sentir seguro, devido ao retorno negativo que sentiu sobre o tratamento, então encaminham o acompanhante. Isso, pois, os acompanhantes também se desgastam ao acompanhar a pessoa doente e, através dele o paciente pode ser convencido a receber o reiki, devido ao contato próximo com o acompanhante que pode relatar sua experiência e os benefícios que sentiu, despertando a curiosidade do paciente.

“Às vezes com a minha abordagem com o paciente, eu não consigo encaminhar na primeira consulta, depende do paciente. Na primeira consulta às vezes você passa um remédio. Na segunda vai questionando, interrogando. Não posso chegar assim e falar, oh, você vai para o reiki. Tem um trabalho né. Às vezes se você fala da primeira vez, ele não aceita. Ele acha que ele vem ao médico para receber o remédio né. Ele quer o remédio. Aí eles pegam o remédio. Daqui dois meses eles retornam, e não melhoram, e encaminhar para a acupuntura e reiki ainda é complicado, então às vezes é mais fácil encaminhar os acompanhantes. E os acompanhantes podem convencer o paciente” (F5).

Mais uma vez, reforça-se o papel coletivo da inovação. Unindo esforços às ações dos voluntários descritas nas sessões anteriores, os funcionários, durante suas atividades, também vão adequando e descobrindo as funções da ferramenta. Então, mesmo que se conheça os benefícios da técnica, através dos usos e desusos dos usuários, suas finalidades vão sendo testadas e delineando um propósito, para sua utilização. Nesse sentido, mundos *a priori* diferentes começam a se complementar.

“Já tive casos de pessoas pós operadas que ajudou a pessoa a parar com o vômito. Não posso dizer que foi só o reiki, mas o reiki complementou. Mas é lógico que vem de um contexto mais amplo, mas é complementar. [...] E quanto mais agilidade a gente tiver, mais ela terá respostas, então a gente precisa destes recursos. A gente tem que entender a população que a gente atende” (F7).

“Tem pacientes que não dá para encaminhar só para o reiki, tem que encaminhar para o psicólogo. Se eu vejo que o grau de não aceitação da doença é grande, então eu tenho que encaminhar para a psicóloga, às vezes até para o psiquiatra. Então às vezes eu indico o reiki e a psicóloga, aí eu dou a oportunidade ao paciente de achar qual o melhor tratamento para ele. Às vezes eu associo os dois, às vezes eu indico um só. Mas não é na primeira consulta, nos retornos eu avalio o comportamento do paciente. [...] Eu não imponho, eu encaminho os pacientes que apresentam o interesse em fazer. Eu faço a sugestão e depois encaminho caso ele aceite” (F4).

Há casos também que quando os exames estão normalizados, “geralmente o pessoal dá alta para o paciente, mas eu não. Não dou alta, eu acompanho” (F5). E através das idas ao reiki, pode ser feito um acompanhamento das queixas.

“Então primeiro eu investigo a causa, se tem alguma doença física. Uns 80% dos meus pacientes, às vezes eles tem queixas, mas os exames estão todos normais. Então vem a queixa, investigo se tem a causa física, não tendo causa física faço encaminhamento” (F5).

Constata-se que para a técnica ser integrada ao tratamento hospitalar, a atividade do funcionário também não é passiva, resumida a “assinar um papel”. Há um processo de identificação do propósito da técnica. Observa-se que e o reiki não é tratado como uma “terapia complementar para todos e a qualquer momento”, os funcionários procuram uma coerência no atendimento, de forma que a complementariedade não fique só no nome. Não são dois mundos que estão em um mesmo espaço, mas sim, dois mundos diferentes que se comunicam, se integram, se complementam. Então a indicação do reiki é realizada em um momento específico do atendimento hospitalar, sendo complementar a ele, não como um apêndice, um “extra”, mas como uma ferramenta que trás benefícios para a especialidade.

“Os pacientes tem toda uma ansiedade em relação ao tratamento oncológico, porque eles fazem quimio e radioterapia, além das dificuldades em dormir, somado a dor que eles sentem devido a metástase, principalmente. Então a gente encaminha para o reiki para diminuir a ansiedade, melhorar o sono e também auxiliar na questão da dor” (F4).

“Por exemplo, no diabetes, o estresse sobe a glicemia, sobe a pressão arterial, então vai afetar diretamente a saúde física da pessoa. Se a pessoa é estressada, desequilibrada, ela vai comer, na minha parte trato também muito a obesidade, então ela vai acabar comendo mais. [...] Por isso eu preciso da ajuda de outros profissionais de outras áreas para me ajudar nesse trabalho, para eu fazer mais minha parte médica. Então direciono aos psicólogos e ao reiki né. Porque o reiki ajuda a equilibrar o paciente energeticamente, e consequentemente a mente e o corpo dele” (F3).

Através dos relatos dos pacientes também é possível perceber a complementariedade do reiki em seus tratamentos.

“Com a psicóloga a gente conversa os problemas que a gente tem, o que a gente tem que fazer ou não. Aqui não, a gente não conversa, você vai, eles aplicam e você fica relaxada. Tanto que eu passo a semana inteira relaxada. [...] O reiki e a psicóloga estão andando lado a lado: a psicóloga foi para me estabilizar, pois eu estava muito agitada, o reiki me acalma, então eu não estou precisando tanto da psicóloga” (P6).

“Na acupuntura eu vou mais para a dor e aqui para o reiki é a mente né, você relaxa mais. E aqui eu passo no cardiologista, no gastro, porque eu tenho diabetes pressão alta” (P5).

“Foi quando eu acabei o tratamento com ela, ela disse que eu tinha conseguido o objetivo e com o reiki eu ia continuar a dominar a vontade de comer, porque às vezes a gente está nervosa e a gente vai na comida. Então ela disse para eu vir aqui, ver como eu me sentiria e depois voltar lá para ela me dar alta. Nunca poderia imaginar que eu ia conseguir a ajuda daqui, a continuar um tratamento que eu comecei com ela. A questão da alimentação, de eu poder me controlar. Ter mais calma, mais paciência. Então o que ela começou lá, eu estou continuando aqui (P8).

“Eu consigo ter mais equilíbrio, tanto na alimentação, nos problemas para resolver, no trabalho consigo ter mais iniciativa. Com o relaxamento a gente consegue pensar em outras coisas, para melhorar, procurar outros caminhos. [...] Você fica mais

disposta, você consegue organizar melhor suas ideias no dia a dia, as coisas fluem melhor, você enxerga seus problemas de forma mais clara” (P9).

Simondon (1958) defende que as tecnologias devem alcançar não somente a coerência interna, mas também ser aceito no meio ao qual busca se firmar. Assim, não só os empreendedores, mas também os usuários contribuem para que a técnica encontre sua identidade no ambiente desbravado, delineando sua proposta de “complementar” para ser apresentada ao meio social.

De forma mais específica, um exemplo como a “complementariedade” do reiki apareceu na atividade de uma nutricionista pode ser vista em um momento de sua terapia a qual “não adianta para uma pessoa que não está bem, que está sem esperança e tem outros problemas eu simplesmente falar para comer de três em três horas e parar de comer fritura, se as vezes esse é o último prazer que ele tem na vida” (F2). Assim, o reiki é usado como uma fonte do paciente sentir prazer, “tem que olhar outros processos a princípio, para assim conseguir ter um ganho dentro da nossa área” (F2). Dessa forma pouco a pouco a especialista consegue ir induzindo o paciente a seguir sua receita, já que ele encontra prazer em outras atividades, inclusive no reiki. O paciente percebendo o bem que a nova atividade lhe faz confia cada vez mais na profissional da saúde, aceitando suas sugestões na área da nutrição, até conseguir, uma boa relação ao ponto de cortar a fritura.

Um segundo exemplo, o reiki é visto como um “recurso” e diz respeito ao paciente de uma psicóloga que não ia ao hospital com a frequência esperada.

“Ele vinha, depois deixava de vir seis meses, depois vinha de novo, então já estava num tratamento pré operatório há uns dois anos, ele já podia ter feito a cirurgia, mas ele foi escapando né. E a gente não impõe ao paciente, não vamos atrás dele. A pessoa é que tem que querer operar da bariátrica. Então a gente deixa a pessoa retomar e, quando ele estava num boa retomada, já tinha passado duas vezes comigo, estava buscando as outras especialidades, eu sugeri também o reiki e ele topou. Agora ele deve estar na 8 sessão do reiki. Agora ele está frequente, tem tranquilidade para falar, ele vem, ele senta, ele participa. Mas no momento que eu achei que era um encaixe legal. E essa possibilidade faz a diferença, eu uso como um recurso meu, mas não são todos que eu encaminho” (F6).

Essa sessão mostrou que o não encaminhamento das especialidades para o reiki pode ser atribuído à “falta de tempo”, porém não pelo mesmo motivo que os reikianos imaginavam. A “falta de tempo” observada é do tempo com o paciente, já que a sugestão para uma pessoa errada ou em um momento não oportuno pode, causar estranhamento na conduta do funcionário, nos seus métodos os de sua especialidade. A técnica é vista como um “recurso”, como citada acima.

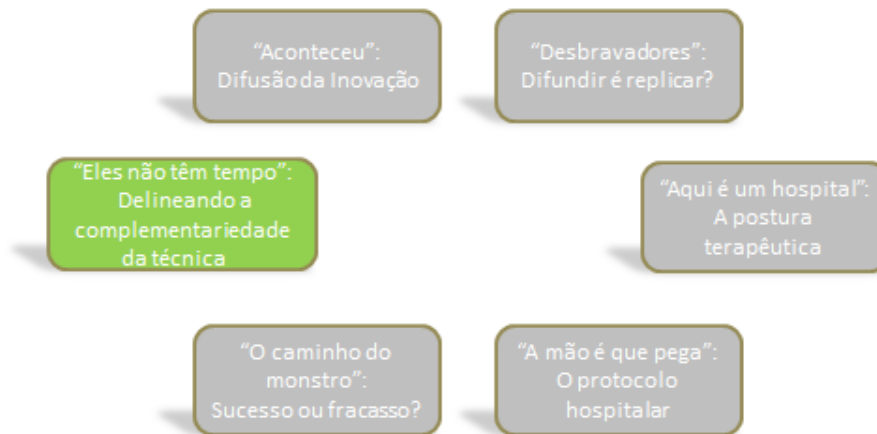
Além do funcionário colocar sua credibilidade em cheque, pode haver um desgaste do funcionário na recomendação, ao ter que “lidar com a resistência”. Porém, o paciente certo, na hora certa, consegue receber a indicação, de forma mais natural. Assim, novamente, os obstáculos para a difusão do reiki em ambiente hospitalar, não foram atribuídos a uma “falta de conhecimento”, ou a questões subjetivas. “A resistência do paciente não é em relação ao reiki. [...] A indicação quando bem adequada, não ocorre resistência. Então não ocorre resistência e eu não perco muito tempo” (F3).

Na interação com o paciente, os funcionários observam os limites do paciente, a real necessidade do atendimento para que a indicação seja coerente de forma a fortalecer a relação de confiança. “Eu uso como um recurso mesmo, não são todas que eu encaminho, mas quando eu encaminho eu sei porque encaminho, o propósito, eu tenho boas devolutivas disso” (F7). Observou-se que nem sempre o encaminhamento ocorre na primeira consulta, é gradativo. Esses relatos são importante para ilustrar que a difusão do reiki pelo Ministério da Saúde e também pelos reikianos, não consideram como a técnica é percebida pelo funcionário.

Esta sessão contribuiu para entender alguns aspectos que estão por trás do ato de encaminhar o paciente para o reiki. Foi descoberto que reiki em ambiente hospitalar não “é para todos”. No hospital, busca-se um encaminhamento coerente de forma que as especialidades tentam sincronizar o reiki à sua rotina padrão. Para isso, busca-se perceber a “abertura” do paciente associada a alguns sintomas como: insônia, ansiedade, não aceitação da doença, dentre outros. Desta forma, os achados desta pesquisa podem contribuir para evitar expectativas ou frustrações nas campanhas para fazer parcerias com novas especialidades ou de achar que os funcionários do hospital não tem tempo ou não acreditam na terapia.

Assim, para que a técnica tenha conseguido sucesso na difusão hospitalar, o esforço dos reikianos para se adequarem ao hospital e passar uma credibilidade do atendimento é complementado pela forma como o reiki é utilizado pelos funcionários do hospital. Novamente, é válido pontuar que a identidade que o reiki se apresenta não foi pensada de forma racional, aconteceu através do uso, na prática. Como resultado da adaptação, observa-se que o reiki começa a sair do “bom para tudo e para todos” e direciona para moldar características de uma especialidade complementar, coerente, sabendo para quê, para quem e a qual momento é mais adequada.

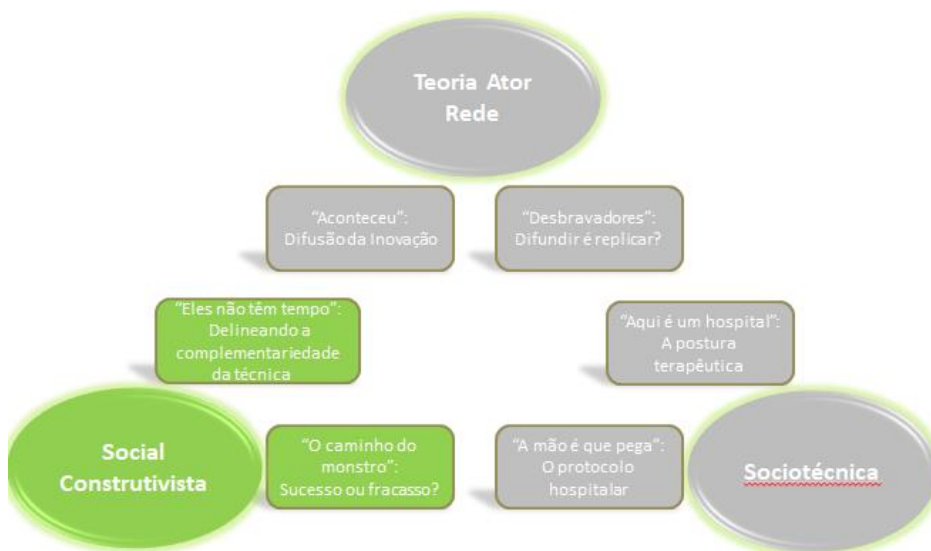
Figura 30 - “Eles não te tempo”: Delineando a complementariedade da técnica



Fonte: Banco de dados do autor

Esta sessão reforça que a resistência à inovação não se restringe aos aspectos puramente técnicos, ou seja, as características do reiki e a comunicação de seus benefícios. A difusão da inovação pode ser barrada ou impulsionada em função da forma como a técnica é apropriada, em outras palavras, “a resistência do paciente não é em relação ao reiki. [...] A indicação quando bem adequada, não ocorre resistência. Então não ocorre resistência e eu não perco muito tempo” (F3).

Figura 31 - Abordagem Social Construtivista



Fonte: Banco de dados do autor

A abordagem social construtivista defende que sucesso da inovação deve considerar a transformação da técnica através do uso, situação essa exemplificada nesta sessão e na anterior. A abordagem defende que a identidade técnica não é dada *a priori*, ela se descobre na construção e nos seus usos (VINCK, 2013).

5. “TRABALHO DE FORMIGUINHA”: REFLEXÕES FINAIS

“A visão que eu tenho é que estamos fazendo um trabalho de formiga, a gente está fazendo isso aqui em prol do paciente que vem aqui. É muito mais satisfação pessoal do que conquista. Conquista para a causa reiki, isso é ilusão, é ilusão” (V1).

5.1. Trabalho de formiguinha

Como já descrito, para que o reiki conseguisse seu espaço em ambiente hospitalar, o atendimento se moldou em um novo formato ao ponto de gerar estranhamento até mesmo aos reikianos. Como consequência, há a tentativa de orientar uma postura aos reikianos.

“Fazer reiki qualquer um faz. É só colocar as mãos. Isso é o mais simples de tudo. O que essas pessoas não aprendem é ter uma postura de terapeuta. Um terapeuta reiki. Saber trabalhar com uma agenda, saber fazer uma *anamnese* de um paciente. Elas não sabem fazer nada disso. Aí fica querendo ser simpática e amorosa. Na cabeça delas isso é amor. Aí eu tenho que ir trabalhar com elas, e aí eu fico corrigindo e elas ficam falando que eu sou insuportável, que eu sou chatíssimo” (V1).

Pontua-se que somente ter a formação e o compromisso com o espaço não é suficiente para conduzir a terapia, pois mesmo que se tenha boa vontade, a postura esperada pode não corresponder com as necessidades do ambiente, como exemplo, pode-se citar aqueles que “se tem na condição de seres especiais, de seres iluminados, de seres perfeitos. Ou de pessoas boas que estão ali ajudando os outros [...] Elas não aceitam orientação, pois elas são perfeitas” (V1).

O atendimento deve ser olhado com uma consciência, que vai além da imposição das mãos e energia.

“Nós não estamos numa tenda de mágica, numa feira esotérica. Nós estamos em um hospital, um hospital público. Porque na cabeça delas elas estão fazendo reiki e reiki é mágico, é maravilhoso é amor. E aí essa a dificuldade com essas pessoas que tem esse perfil. Porque por mais que você tente, você não consegue transformar uma pessoa. Mesmo que se fale, olha você quer fazer este trabalho, então tem que ter uma linha de conduta, uma postura adequada para isso. Elas dizem sim, você vira as costas e, elas não tem essa postura, elas voltam a fazer o que sabem, e aí já viu” (V1).

Geralmente para explicar os fracassos de um empreendimento que tenta se estabelecer em um novo ambiente, evocam-se aspectos da própria cultura do local para o qual a inovação foi transferida (WISNER,1994). Isto é, o “fracasso” da inovação é justificado pelas características da técnica ou a incompatibilidade da PIC no hospital. Porém, a reprodução do reiki em ambiente hospitalar, não é somente uma questão técnica, de “saber a técnica e pronto”. Espera-se uma nova postura, um novo formato de atendimento e, essas ações podem mostrar que as incompatibilidades não são puramente “culturais”, por serem dois mundos

diferentes, há um esforço que pode ser feito para que as PICS possam dialogar com lógica hospitalar, aproximando dois mundos que pareciam incompatíveis em um propósito comum.

Nessa direção, o “trabalho de formiguinha” pode ser visto como um saber desenvolvido pelos reikianos para facilitar esse diálogo. O trabalho de formiguinha diz respeito ao esforço de tentar um por um, dia pós dia, assegurar que cada pessoa que esteja no atendimento se comprometa a ter três perfis, que serão detalhados abaixo: voluntário, reikiano e terapeuta.

Voluntário pela doação e compromisso, reikiano pela técnica em si e, terapeuta, que além de ser voluntário e reikiano, deve se apropriar do protocolo e a postura esperada, agindo de forma neutra, sabendo diferenciar o que são suas próprias crenças ou anseios, do que o que é coerente ao lugar que atua. O histórico do voluntariado tem grande influência para a formação de uma postura de compromisso e responsabilidade, já que o voluntário que anseia ser terapeuta reiki deve seguir os mesmos passos de qualquer outro voluntário: ir à palestra inicial, passar pela entrevista, se selecionado, deve ficar em média três meses no bazar para se ambientar com o serviço voluntário (compromisso, responsabilidade, assiduidade, adaptar ao ambiente hospitalar e aos pacientes que chegam por lá) e, então poderá escolher o caminho que quer seguir dentro do voluntariado.

“Há pessoas que não ficam devido o não respeito com as normas aqui e por não assumir a posição de voluntário. Como eu disse voluntário é compromisso. E se você está em uma instituição, você tem que seguir as regras do local. E eu vi que eles não assumiram, tanto é que eles não estão mais com a gente”(V6).

“A disciplina, porque tem que fazer o que é necessário fazer aqui. Aqui não é o lugar que eu mando. Se eu quero ficar aqui tenho que me adaptar a esse lugar. Respeito, tenho disciplina, procuro chegar no horário, não falto” (V12).

Assim, o candidato começa a entender que ele deve se comprometer com o horário acordado, não pode ir somente quando tiver disponibilidade, fazer à sua maneira, quando quiser, sem responsabilidade e compromisso. Ali é um hospital e deve-se ter um compromisso frente aos pacientes, reforçando a credibilidade construída há anos. Além disso, o reikiano deve se apropriar da conduta terapêutica, pois “voluntário somos todos nós, que vem trabalhar dentro do hospital. Dentro disso você pode ser reikiano. Mas para ser reikiano, você deve ser reikiano terapeuta” (V10).

Isto é, no que se refere a ser “reikiano”, deve haver o entendimento de que o reiki aplicado no contexto hospitalar apresenta outras variáveis, inclusive o perfil do paciente que o terapeuta entra em contato, dado que o paciente está associado à uma queixa e não buscando uma evolução espiritual, um entendimento energético.

Por fim a postura do “terapeuta” é visto na transição em que o reikiano “místico” começa a dar lugar ao reikiano “terapeuta”, e como não se trata de uma transição natural, há um trabalho de formiga para ensinar, dia após dia, que “ali é um hospital”.

“Se eu quero ser reikiano, só porque eu acho legal fazer assim com as mãos, eu pago curso, pego o certificado e aí, ah, o Mandaqui tem, daí pega e vem para cá. Ai vem para cá achando que é curador, que é magnetizador, o escambal porque fez curso. E a gente tem que ensinar reiki, cromo, postura de consultório... Porque eles não sabem! [...] O reiki é a terapia que o terapeuta aplica. Só que se você não souber recepcionar, fazer a temática toda, do que adianta a aplicação? E essas coisas elas não conseguem aprender, porque são detalhes” (V1).

Evidencia-se a diferença entre a quantidade de voluntários que se apresenta no espaço, daqueles que possuem postura para atuar em ambiente hospitalar, isso acontece tanto em função da falta de diretrizes específicas para o atendimento, quanto pela formação reikiana, que é insuficiente para desenvolver esse olhar. De modo que a transição do místico ao terapeuta exige um trabalho de formiga para reforçar, dia após dia, que “ali é um hospital”.

Por mais que a essência do reiki permaneça a mesma, o procedimento é outro. Espera-se amenizar a ideia de que se “você é da área da saúde, você é profissional da saúde, então você passa a ser respeitado. Como eu não sou da área da saúde então eu sou místico” (V2).

“Geralmente a ciência está no ou é tudo bom, ou é tudo ruim. O instável equilíbrio advindo do pensamento do “tudo ou nada” é um modelo de ciência e tecnologia que, supostamente, gera certeza absoluta. O problema é que os dois lados do “tudo ou nada” devem ser temidos. A postura arrogante de autoridade de muitos cientistas e tecnólogos é desagradável e injustificada, mas a provável reação as promessas não cumpridas pode precipitar algo ainda pior, um movimento anticiência” (COLLINS; PINCH, 2010b, p.179).

É importante que os meios científicos não erradiquem aquilo que é diferente de seu próprio mundo, vendo a ciência como uma religião fundamentalista: misteriosa, exclusiva, hierárquica e infalível, seu papel é defender o público dos charlatães, não utilizá-los para travar batalhas pessoais (COLLINS; PINCH, 2010b). Por outro lado, os adeptos às PICS, muitas vezes se movimentam no sentido de dizer que as pessoas não tem abertura para recebê-las, que devem “abrir a cabeça”, porém, os reikianos também poderiam “abrir mão” de algumas crenças e condutas para facilitar o diálogo.

“Os visitantes dessa nova terra não precisam concordar a respeito de tudo, precisam apenas saber como falar uns com os outros e como aprender os costumes e hábitos de seus vizinhos. Talvez eles venham a apreciar os estranhos frutos do novo território, mesmo que esses nunca se tornem sua base alimentar” (COLLINS; PINCH, 2010b, p. 194).

Não se objetiva dizer qual mundo está certo ou errado, mesmo porque dúvidas sobre evidências podem ser sempre levantadas de ambos os lados (COLLINS; PINCH, 2010b),

objetiva ressaltar que o sucesso da inovação é um trabalho coletivo, e a aproximação dos dois mundos se faz necessária, pois “quanto maior a diferença entre dois estilos de pensamento, tanto menor o tráfico de pensamentos” (FLECK, 2010, p.160).

Esse movimento é importante, para desmistificar o discurso que se a iniciativa não se desenvolve é porque “as pessoas não acreditam na técnica” ou que “ali não é lugar para ela”, dado que a organização da empresa e do trabalho pode ser vista como a ponte entre o sistema técnico e a sociedade (WISNER,1994).

5.2. Revisão dos objetivos de pesquisa

Este estudo abriu a caixa preta de um dos raros casos de implementação bem-sucedida do reiki em hospital da rede pública e, de fato, as conquistas dessa iniciativa são relevantes: atuantes desde 2012, o atendimento possui um espaço físico apropriado a aplicação da técnica, bom fluxo de pacientes que são encaminhados pelos funcionários da área de saúde e, com reportagens divulgadas em televisão, rádio, jornais e revistas locais. Porém, este olhar mais externo não capta a essência da experiência inovadora.

Ao olhar mais de perto, foi possível observar que o sucesso da difusão do reiki não foi baseado em uma metodologia, em um plano de negócio ou metas e objetivos formais. O “sucesso” se deu em meio a um processo coletivo, criativo, situado, imprevisível e com constantes ajustes para lidar com as contingências do ambiente. As transformações técnicas e sociais foram orientadas pelo contato com a atividade real, facilitaram a adaptação e a difusão do reiki em ambiente hospitalar.

Pontuou-se que o atendimento reiki no hospital não é somente uma imitação técnica, não é mais “uma técnica simples e que qualquer um pode fazer”, o atendimento é mais que imposição de mãos e energia: é tomada de decisão, é adaptação, é transformação. Porém, não só a técnica se transforma, impactando a conduta terapêutica, mas seus usos e desusos também contribuem para que ela consiga se adequar melhor ao meio social. E nesse percurso, uma identidade está sendo delineada, de forma que a complementariedade não é um “a mais”, e sim uma ferramenta recomendada com um fim específico, para determinado público. Tornou-se importante reforçar que nessa caminhada, entre tantos “sucessos”, alguns problemas também foram gerados e, outros continuam sem solução, ainda assim, sua identidade é cada vez mais fortalecida.

No que tange o processo inovador, esta pesquisa inicia representando a inovação como à adesão de práticas que possuem outro universo nos atendimento hospitalares. Em seguida a inovação foi representada pelo próprio desenvolvimento do reiki e a forma como a terapia foi reinventada na prática. Foi visto que para responder a questão da pesquisa de como o reiki conseguiu ser difundido no ambiente hospitalar deste estudo, esse percurso foi norteado por três abordagens diferentes a Teoria Ator Rede, a Sociotécnica e a Social Construtivista.

Figura 32 - Esquema síntese da pesquisa



Fonte: Banco de dados do autor

Nessa caminhada, três vertentes teóricas diferentes nortearam a compreensão do desenvolvimento da inovação e foram observados de forma complementar. Optou-se pela sinergia das teorias, pois cada uma possuía maior relevância em determinados momentos que outras. Essas abordagens deram um suporte a nível teórico para os aspectos empíricos da pesquisa, circundando o espaço da inovação do CHM.

Primeiramente, mostrou-se a influência da teoria ator-rede e, como a influência da rede de atores, humanos e não humanos, foi essencial para o reiki encontrar seu espaço, dando condições para a inovação se desenvolver. O histórico do voluntariado, a proximidade da diretora com o hospital, o contato com as especialidades, as questões estruturais (não humanos) como sala, pintura, decoração, macas, foram determinantes para que o reiki pudesse se firmar.

Mas, como descrito, somente ocupar um espaço não garantiria sua perpetuação, então, evidenciou que fatores sociotécnicos também influenciam no “sucesso” da inovação. Ou seja, as transformações da técnica contribuíram para o desenvolvimento do atendimento na medida em que se adapta ao novo contexto. Dessa forma, a difusão do reiki não se apresenta como uma replicação técnica, de algo que deve ser copiado e reproduzido independentemente do ambiente ao qual se encontra.

Evidenciou-se que nem sempre os obstáculos são externos a técnica, como se a técnica já estivesse “pronta” e as pessoas deveriam conscientizar de seus benefícios. A difusão é um processo criativo e as transformações do atendimento contribuem para que ela consiga atingir novos públicos, como foi o exemplo do protocolo hospitalar que uniu esforços para a transição do “reikiano místico” para o “reikiano terapeuta”.

Porém, o “sucesso” da inovação também não pode ser atribuída somente por essas transformações. Evidenciou-se que a forma como a técnica interage com as necessidades dos usuários, ou seja, os usos e desusos, também foram fundamentais para a construção do sucesso. Neste sentido, a abordagem parte dos usuários para entender a transformação da inovação, ao considerar que, diferentes significados são atribuídos a um mesmo artefato por grupos diferentes, assim, sua construção é influenciada por negociações entre esses grupos moldando aspectos técnicos e conseqüentemente sua transformação. (BENAKOUCHE, 1999). Então, complementando as duas abordagens anteriores, a abordagem social construtivista aprofunda a compreensão de que a experiência do usuário é essencial para compreender as características da técnica exploradas na prática (utilidade, facilidade de uso, apropriações), de forma a delinear um atendimento mais adaptado ao ambiente desbravado.

Por exemplo, foi descrito que, mesmo que associado a ideia de que o reiki é “bom para todos”, no ambiente hospitalar as especialidades não trabalham dessa forma, através dos usos práticos, a complementariedade do reiki foi sendo delineada. A complementariedade pode ser entendida como uma qualidade a ser adicionado aos modelos biomédicos, podendo revelar variações significativas (MICOLLIER, 2011). Nesse sentido observou-se como o reiki poderia servir não como uma ferramenta “extra”, isolada, mas sim, complementar, sendo coerente ao atendimento tradicional hospitalar, sendo utilizada de forma sinérgica.

Pode parecer que o reiki está “perdendo”, pois não possui uma aplicação mais generalizada, porém a “auto correlação estrutural e funcional não pode ser interrompida sem a perda da eficácia do próprio dispositivo” (CAMOLEZI, 2015, p.442). Assim, as diversas

transformações se direcionam a uma “totalidade individualizada, coesa e coerente, organizada em função de uma sistematicidade que não se pode violar” (CAMOLEZI, 2015, p.442). E na “armação sistemática, ocorre uma verdadeira amplificação do potencial dos efeitos obtidos. As condições do problema são ultrapassadas porque a invenção recria novos potenciais, atualizáveis mediante novas invenções, instaurando novos ciclos” (CAMOLEZI, 2015, p.443). Nesse sentido, a identidade que está sendo criada, cada vez mais familiar ao ambiente hospitalar, gera menor estranhamento aos pacientes e pode despertar mais curiosidade dos profissionais da saúde.

Ressalta-se que o desenvolvimento da inovação aqui descrito foi contado de forma sistemática, dividida em capítulos, apenas para fins didáticos, pois, esse sequenciamento é menos perceptível na prática. A inovação toma forma por movimentos rápidos, idas e vindas incessantes e as fases não são cuidadosamente separadas, eles se apresentam de forma confusa (AKRICH; CALLON; LATOUR, 1988).

Em complemento, em meio a tantas adaptações, fica inviável julgar ações como vitoriosas ou fracassadas, pois dificilmente são imensuráveis até onde uma escolha “errada” impactou em futuros “acertos”. É difícil descrever como cada descoberta influenciou em outra, qual veio primeira e mais, a maioria dessas experiências podem ter acontecido de forma paralela. Por isso, no esquema geral que resume este trabalho, não há setas, ou sequências que ligam os capítulos. Elas estão compartilhando um mesmo espaço, o espaço da inovação e, ainda assim, circundado não como um ambiente fechado, pois além de os estudos da inovação poderem ser vistos sob outros pontos de vista, outros elementos podem não ter sido considerados pelo autor ao explicar a inovação por uma vertente específica: a da transformação do objeto.

Para a compreensão da questão geral da pesquisa, três objetivos específicos foram definidos e serão lembrados a seguir.

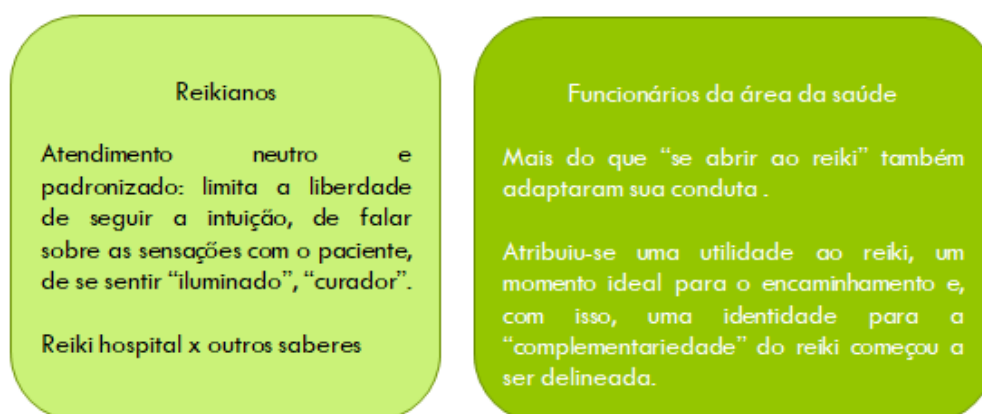
O primeiro objetivo específico buscava o entendimento de como a técnica entrou e se desenvolveu no ambiente hospitalar. De forma resumida observou que o trabalho começou através da mobilização de uma rede, com negociações e influências. O reiki no CHM “aconteceu” por um “trabalho de formiguinha”, começou sendo comunicado “boca a boca” e, depois de “desbravado” o terreno, o trabalho de formiguinha continuou, mas com outro objetivo: Não era mais preciso convencer os funcionários da saúde, nem os pacientes sobre os benefícios da terapia. O trabalho de formiguinha desloca para um impasse interno, de orientar

os reikianos a seguirem o protocolo hospitalar, afinal, ali é um hospital. Dessa forma, o atendimento reiki foi ganhando uma nova identidade, mais adequada ao ambiente desbravado. Foi visto que a difusão do reiki mais do que “imposição de mãos e energia”.

O segundo objetivo específico buscou compreender como a atividade de trabalho dos reikianos e dos funcionários da saúde foi influenciada pela novidade técnica. Foi visto que tanto reikianos, quanto funcionários da saúde contribuíram para a transformação técnica, para adequá-las a realidade hospitalar. Em função dessas transformações, suas atividades foram impactadas. Sob a ótica dos reikianos, a padronização do atendimento gerou certas limitações nos processos criativos/intuitivo do reikiano. Lembrando que essa postura é uma restrição que contribuiu para a difusão do reiki no hospital e não há o interesse de apontar que este é o jeito certo a ser replicado em outros ambientes.

Sob a ótica dos funcionários da saúde, foi observado que sua atividade não era passiva, de “recomendar o reiki”, “assinar um papel”, eles foram atores importantes para o processo de difusão do reiki. Através dos usos e desusos da ferramenta, a técnica foi sendo atribuído um sentido, sabendo como utilizá-la e por que. Assim, a complementariedade da técnica foi sendo delineada, critérios de uso foram sendo estabelecidos, a relação com o paciente, as perguntas que eram direcionadas também foram impactadas.

Figura 33 - Síntese do segundo objetivo específico: Como a atividade de trabalho dos reikianos e funcionários da saúde foram influenciados pelo reiki



Fonte: Banco de dados do autor

Por fim, o terceiro objetivo específico busca entender quais direcionamentos podem ser dados para que a técnica consiga uma maior difusão em hospitais. A crítica que se faz no atual trabalho foi somente para distinguir que a técnica não é uma “imitação”, uma

reprodução passiva. O desbravamento do reiki no ambiente hospitalar não se restringe a conquistar um espaço, de conseguir um reconhecimento institucional, de ter uma oportunidade para atuar e reproduzir a técnica. Difundir é um processo ativo, é inovar.

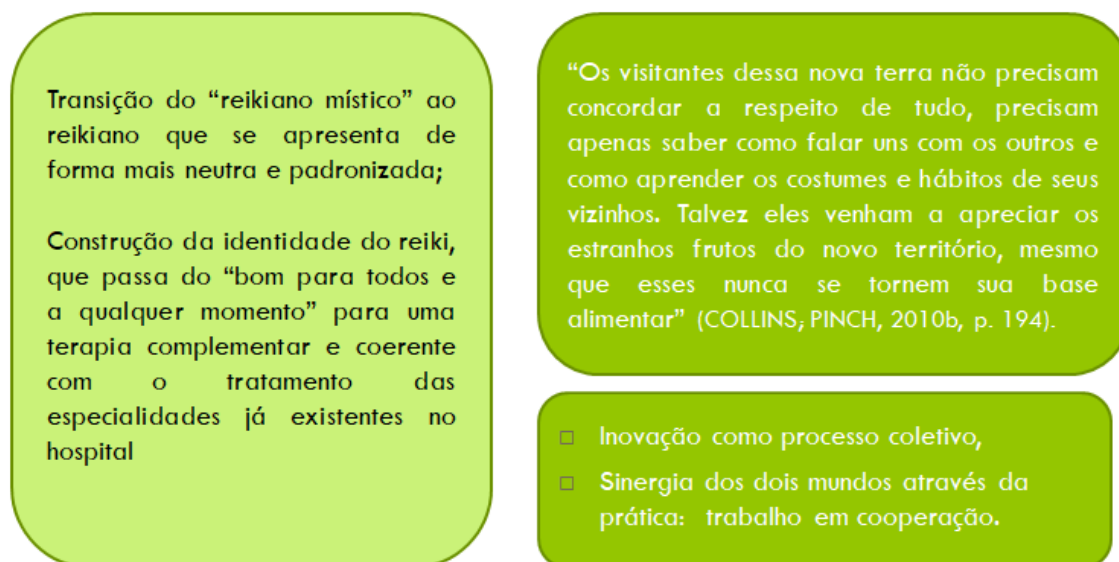
Para a atuação global, as práticas complementares passam por transformações locais, em que cada ambiente é único e, a técnica se estruturará de formas diferentes, por vezes de uma maneira inimaginável em seu início. Através da postura terapêutica e do protocolo hospitalar os voluntários encontraram uma forma de desvincularem o atendimento a aspectos que remetam ao místico/religioso e, ao mesmo tempo, aproximar do mundo hospitalar, representada aqui pela neutralidade e padronização do atendimento. Já sob a ótica dos funcionários, observou-se ações no sentido de delinear a complementariedade da técnica, de forma que o encaminhamento do paciente para o reiki se faz de forma mais “natural e coerente”.

O trabalho dos reikianos e dos funcionários da saúde muitas vezes passam despercebidas quando se exaltam os “sucessos”, as “conquistas”, os números de pacientes atendidos. Porém, todos os atores citados nesta pesquisa contribuem para que a técnica se difunda e, esses “fantasmas” são por quem a técnica pode ser realizada mais harmoniosamente em relação ao seu ambiente (SIMONDON, 1958) e são determinantes na caminhada em direção ao “sucesso” da implementação do reiki.

Assim, é válido reforçar o caráter social da inovação, é um processo coletivo, e o diálogo é essencial para que dois mundos aparentemente distintos possam atuar em sinergia. O sucesso da inovação pode ser cada vez mais atingido, na proporção em que os mundos consigam entender o outro lado, de forma a perceber as limitações, as oportunidades e as possibilidades de atuação.

O desenvolvimento técnico é concebido como relativo à interpretação social dos problemas que enfrenta. As categorias técnicas como “funciona” e “não funciona”, “eficiente” e “ineficiente” são entendidas em termos das demandas e percepções sociais. A compreensão dos atores (sobre os artefatos que usam) moldam o futuro tecnológico (FEENBERG, 2015, p.269). Nesse sentido, o entendimento de como a técnica está sendo usada na prática é essencial para evitar expectativas sobre a integração da técnica ou decepções pela não adesão.

Figura 34 - Síntese do terceiro objetivo específico: Quais direcionamentos podem ser dados para que a técnica consiga uma maior difusão em hospitais.



Fonte: Banco de dados do autor

Essa construção se faz no uso, a inovação se constrói na prática, o protocolo, que foi uma das transformações pode ser visto como um mediador, um tradutor das demandas sociais, que passam pelas alterações na técnica. “O objeto pode totalizar e condensar as informações fornecidas, exprimindo as necessidades, os desejos, as expectativas; a circulação recorrente de informação entre a produção e a utilização virtual faz comunicar diretamente a imagem e o objeto criado, permitindo a invenção compatibilizante (...)” (Simondon, 2005, p. 298). No entanto, os reikianos devem se apropriar do modelo para que ele possa ser reproduzido e, essa transição, como já descrita, exige um trabalho contínuo de educação na conduta terapêutica.

Por fim, pode-se dizer que, abrir a caixa preta do atendimento reiki evidenciou novos caminhos a serem refletidos para que o reiki consiga se difundir. Ainda há muito o que aprender, transformar, inovar.

O trabalho de formiguinha apenas começou.

5.3. Considerações finais do autor

O percurso da acupuntura instigava o autor, pois, como uma prática milenar, que por muito tempo foi questionada sobre sua eficácia ou seus benefícios e, muitas vezes descredibilizada, em determinado momento é regularizada a ser aplicada nos hospitais, porém, com a ressalva que somente profissionais da área da saúde poderiam atuar. Essa restrição parecia um absurdo.

Não se entendia como que, em um primeiro momento a credibilidade da técnica era colocada em cheque e num segundo momento a experiência de pessoas que se dedicaram por anos trabalhando com a técnica não foi considerada, pois somente graduados na área da saúde poderiam ser contratados para aplicar a técnica em hospitais, o que não condizia com a realidade de muitos acupunturistas. Quando esta pesquisa se iniciou havia certo receio do autor que o reiki poderia passar pelo mesmo processo.

Havia também a opinião que a medicina era rígida e deveria “se abrir” e, esse pensamento de alguma forma se manifestou na pesquisa, ao ponto de, em uma apresentação, a falas ser comparada ao “discurso de um ativista”.

Refletindo sobre os caminhos que as terapias complementares estão trilhando, iniciou-se a reflexão sobre concepções subjetivas do autor, que foram mudando ao longo da pesquisa, principalmente quando “o caminho do mostro” emergiu e começou a ser entendido. Entendeu-se que a contribuição para difundir o reiki não é somente uma questão externa, seja pela falta de conhecimento da população, da “abertura” dos funcionários da saúde ou da conscientização dos pacientes. Entendeu-se que a difusão também é um processo interno, que o reiki não poderia se engessar no formato vindo dos cursos de formação, ou da forma como é aplicado em outros ambientes. O atendimento também teria que “se abrir”, “se flexibilizar”.

Esse é o pensamento que foi construído ao longo da pesquisa, porém, ao reler as transcrições e memorandos, era surpreendente que no início, havia a impressão de que os reikianos eram “seres iluminados”, de que reiki era “amor”. Ao reler as notas, foi percebido certo desconforto do autor ao ver que algumas “características” da técnica estavam sendo perdidas na padronização do atendimento. Também era questionado como o reiki, uma terapia tão “leve”, poderia ser “rígida” no formato que se apresentava no hospital, até que houve a compreensão que o pesquisador não diferenciava com clareza o que era importante para ele e o que era importante para o atendimento hospitalar de forma geral. Não havia a diferenciação do que era crenças pessoais, do que era a técnica em si, o “feijão com arroz”.

Então, quanto mais o “caminho do monstro” era trilhado, as percepções também se transformavam e, ao tentar dar voz ao “sucesso” do reiki no hospital, as conclusões não estavam de acordo com os planos iniciais, ao contrário, havia certo receio de serem mal compreendidas pelos próprios reikianos. Pois, como que, ao querer defender a terapia se descreve limitações? Como que ao criticar a ciência, a lógica médica, apresenta-se uma crítica ao próprio reiki? Como que ao defender um caminho das terapias complementares, o caminho do “monstro” era trilhado?

É válido reforçar que defende-se uma construção coletiva e bilateral, ambos os lados, de alguma forma devem ajustar o comportamento. O novo ambiente trás novos constrangimentos, tanto para reikianos, quanto para funcionários e ambos os lados se ajustam para conseguir difundir o reiki. Isso significa que é importante a conscientização que o perfil dos pacientes que frequentam o ambiente hospitalar não está interessado nos “aspectos místicos”, pois os pacientes não demandam um entendimento sobre os princípios do reiki, das questões energéticas. Seu interesse, de maneira geral, está vinculado a suas queixas em função do que foram buscar no hospital.

A mudança de ambiente pede ao ser humano que reinvente constantemente as coisas para ajustá-las e, assim, inventar-se através delas (SIMONDON, 1958). No que se refere os reikianos, a adaptação se direcionou na aplicação mais neutra e padronizada do reiki, a aplicação básica, ou como cita VI, o “feijão com arroz”. E mesmo que esse formato não seja tão interessante ou atrativo quanto a liberdade de seguir a intuição, de trocar experiências, vivências e sensações com o paciente, de se sentir “útil, iluminado, santo”, é uma tentativa que o atendimento encontrou para se aproximar do mundo hospitalar.

Por outro lado os funcionários da área da saúde, mais do que “se abrir ao reiki” também adaptaram sua conduta para que a técnica fosse integrada, de forma a evitar situações indesejadas com os pacientes. Na prática, foi observada ou usos e desusos da técnica, de forma que atribuiu-se uma utilidade ao reiki, um momento ideal para o encaminhamento e, com isso, uma identidade para a “complementariedade” do reiki começou a ser delineada.

É importante ressaltar que em nenhum momento há a intenção de retirar o crédito dos reikianos que possuem outras condutas, outros métodos. Cada ambiente se apropriara do reiki de forma a atender necessidades locais. Esses atendimentos são importantes e foram essenciais para a visibilidade que o reiki tem hoje. A opinião pública popular serve como fonte de legitimação dos saberes formais (FLECK, 2010).

6. DO MÍSTICO AO TERAPEUTA: CONCLUSÃO

“Aqui eles não saem catando pessoal, eles aguardam o nosso encaminhamento. Eles nos respeitam, e nós a eles” (F6).

Este estudo mostrou que a institucionalização do reiki, a comprovação de seus benefícios, o baixo custo e uma técnica pouco invasiva não são fatores determinantes para que haja a integração do reiki em ambiente hospitalar. Sua difusão pode ser dificultada sem o resgate dos saberes práticos, pois a atividade real do atendimento revela situações que podem ser determinantes para a sua adesão.

O sucesso deste empreendimento não pode ser resumido em um modelo estático, já que o desenvolvimento da inovação se mostrou através de idas e vindas e muitos ajustes, tanto técnicos, quanto sociais. É um processo dinâmico, seja na forma como surge, se difunde e evolui e, “jamais poderia deixar de evoluir, uma vez que ela se desenvolve intrinsecamente, elevando seu nível de compatibilidade e, amplifica seus efeitos potenciais, oferecendo condições renovadas para a reinauguração de outros ciclos de imagens” (CAMOLEZI, 2015, p.443).

Dito isso, este estudo não trouxe uma resposta concreta, um passo a passo ou uma “receita do bolo”. Wisner (1994) reforça que não há receitas milagrosas para o êxito da adesão de técnicas que chegam a um novo ambiente. Assim, o acompanhamento da implementação é tão importante quanto a comunicação da terapia para a população e hospitais, pois dificilmente um modelo será reproduzido de um ambiente para o outro.

Ainda assim, sobre o processo inovador da implementação das PICS em ambiente hospitalar, destaca-se alguns pontos para o desenvolvimento da experiência.

O primeiro ponto é que, no momento, a ideia de existir um produto pronto, acabado é prejudicial à difusão da inovação. Essa situação foi percebida tanto no caso interno ao hospital, que passou por fases diferentes como também na própria técnica, que exigiu uma adaptação ao ambiente hospitalar quando comparada a formação reikiana. As diversas transformações foram determinantes para o sucesso da inovação, reforçando que a barreira da difusão do reiki em ambiente hospitalar não pode ser atribuída exclusivamente a suas próprias características. A difusão não é somente a técnica pela técnica em si, muitas vezes o ambiente e a organização se mostram como uma barreira, impedindo sua evolução.

O segundo ponto se refere à consciência de que a sinergia organizacional é necessária, pois a difusão é um processo que ambos os mundos devem entrar juntos, cada um com suas expertises e limitações em prol da eficiência na implementação. Isto não quer dizer que um mundo esteja forçando o lugar do outro, mas que há a necessidade de um processo bilateral, ou seja, a formação de elos de confiança e troca entre os mundos.

Por fim, não se atribuiu a um determinado modelo o sucesso do empreendimento, ao contrário, o fracasso pode ocorrer justamente ao achar que exista um modelo pronto/acabado. Na prática, o próprio potencial criativo da inovação poderia ser afetado caso seja sugerido um modelo, impedido a capacidade do objeto de continuar sua evolução.

Ao final desta pesquisa não foi proposto um modelo de implementação de reiki em hospital para não limitar os aspectos criativos do espaço da inovação, que foi determinante para aproximar dois mundos aparentemente distintos. Os dois mundos devem ser estimulados para que a inovação se desenvolva, não atribuindo uma autoridade ao modelo. Então, o posicionamento do autor para confrontar o que foi visto se direcionou pela visão do “exemplo”.

“O modelo é tomado por Viveiros de Castro em seu sentido normativo, isto é, como um pensamento que se impõe. É, por vezes, um simulacro e uma simplificação da realidade (que deve, forçosamente, se adequar ao modelo). Tem um caráter dogmático e realista, podendo ser comparado à obra de um engenheiro ou, mais propriamente, à de um tecnocrata. O exemplo, por sua vez, assenta-se na experiência, na sensibilidade, na capacidade de inventar e de “fazer algo diferentemente igual” ou “igualmente diferente”, nas palavras do etnólogo. Ele é horizontal, oferece pistas ao invés de dar ordens, é empirista e criador” (CALDEIRA, 2018).

Não é objetivo desta pesquisa que os atores de outros hospitais se comportem de uma forma predita pelo autor, pois sabe-se que o modelo também apresentaria limitações, pois as estruturas sociais e práticas variam de hospital para hospital. É válido reforçar que diferentes hospitais apresentam especialidades diferentes, os pacientes com necessidades diferentes e para que o reiki possa ter seu espaço e diversos hospitais, dificilmente se chegaria a uma técnica ideal e generalista a partir desta experiência. Não se objetiva alterar a realidade para que um possível modelo tenha êxito, ao contrário, busca-se incentivar a transformação prática, adequando um modelo para cada hospital.

Assim, diferentemente de se criar um modelo simplificador da realidade, espera-se que o exemplo aqui citado seja uma inspiração para as experiências das PICS em hospitais. Busca-se estimular a criação de um formato cada vez mais adequado a realidade, de forma que o

exemplo desta experiência pode servir base pra cada hospital apropriar e inspirar de acordo com suas próprias realidades. O objetivo é fomentar a discussão através da prática, do potencial criativo, reflexivo e coletivo ao experimentar novos modos de convivência, de sinergia, de potenciais de utilização da PIC em hospitais.

Antes de se pensar em uma difusão vertical, ou seja, de um modelo imposto, estimula-se uma difusão horizontal em que diversos atores se conectem, troquem saberes e vivências, um processo criativo e coletivo, até que se possa tirar uma conclusão mais generalizada.

--

Este trabalho refletiu sobre o processo inovador dos hospitais ao integrarem as terapias complementares em seus serviços e como a inovação é uma construção coletiva. A inovação “aconteceu” unindo esforços de ambos os mundos: dos reikianos e dos funcionários da saúde. A ponte construída entre esses universos reforçam que quando ambos os lados buscam se entender, com os saberes que um pode oferecer ao outro, ambos poderão se beneficiar da parceria e dos potenciais técnicos (COLLINS; PINCH, 2010a). Dessa forma, ainda que leigos e não especialistas nas questões da área da saúde hospitalar, os reikianos aportam seus saberes em prol de um bem comum: a formulação de novos conhecimentos para a saúde e o bem estar do paciente.

Essa postura é defendida pelo pesquisador, pois, alguns reikianos poderiam sentir que reikianos do hospital “se venderam”, “perderam seus princípios”, “foram cooptados”, já que o reiki é que trás o novo, é “visionário” e a medicina é quem deveria aprender. Porém como dito, a construção é social e ambas as partes tem a ganhar quando os saberes trabalham em sinergia.

Foi descrito como a integração do reiki em ambiente hospitalar acontece na prática e, mais que resolver o problema da difusão, deveria ser questionado qual é a verdadeira questão, pois com base na compreensão dos problemas reais é que os objetivos podem ser direcionados para atendê-los (FLECK, 2010). Ao abrir a caixa preta do atendimento reiki em ambiente hospitalar para entender como a técnica conseguiu sua difusão com êxito no CHM, algumas conclusões parciais podem ser descritas.

Pode-se ressaltar três pontos gerais que favoreceram o sucesso da inovação:

- A própria postura dos adeptos ao reiki pode gerar obstáculos para a difusão da técnica em ambiente hospitalar.
- A difusão é um processo criativo que requer adaptações e transformações da própria técnica para que o reiki gere menos estranhamentos e seja mais funcional
- Esses estudos ajudariam os reikianos a terem menos expectativas e decepções sobre a integração da prática em ambiente hospitalar.

Ainda sobre o sucesso da inovação, muitas vezes aspectos quantitativos, como número de experiências sucedidas (ou não), número de adeptos, de pacientes atendidos, são exaltados, porém esses dados podem esconder ou distorcer informações da realidade, nesse sentido o resgate das experiências implantadas revelam fatos invisíveis às questões institucionais, já que ter acesso a uma ferramenta não significa que há um consenso de como e para que ela irá servir.

Assim, este estudo defende que, em complemento aos avanços científicos e institucionais, um estudo aprofundado sobre a integração do reiki em ambiente hospitalar, pode contribuir para que a técnica consiga atender cada vez mais as demandas sociotécnicas do ambiente que desbravou.

Corroborando com o caráter coletivo da inovação e que o resgate dos saberes práticos pode impactar positivamente outras esferas, a seguir será descrito algumas orientações de como diferentes atores, cada um a seu nível, podem contribuir para entender a real questão do projeto e como pode colaborar para a construção de um mundo em comum.

- Reikianos

Sob a ótica dos praticantes reiki, foi visto a importância da transição “do místico ao terapeuta”. Dessa ação pontual, pode-se refletir sobre a formação reikiana, pois a formação ensina a técnica e capacita o aluno a aplicá-la em qualquer lugar. Porém como já explicado, o reiki no hospital não é somente imposição de mãos.

“Reiki é igual ser pipoqueiro, qualquer um pega uma carrocinha e faz pipoca. E aí não tem consciência, certo? Trilhões de reikianos, nem sabem desse trabalho, desconhecem. E trilhões de reikianos, não estou pensando nem mesmo em trabalhar em prol da humanidade. Estão interessados em fazer o curso para ganhar dinheiro extra” (V0).

Os voluntários do hospital refletiram sobre a própria atividade, sobre os princípios da técnica e alguns procedimentos naturalizados no meio e, essa reflexão foi relevante para o que conseguiram no hospital. A aplicação dos conceitos sociotécnicos leva uma mudança positiva, tanto do ponto de vista da empresa, quanto dos trabalhadores (WISNER, 1994). Outras terapias em outros ambientes também já passaram por essa fase, por exemplo, Guilloux (2011) diz que a tradição da medicina chinesa é um processo epistemológico de modernização e padronização em que elementos são escolhidos pelas tradições médicas chinesas.

O acompanhamento da prática pode gerar reflexões epistemológicas sobre as posturas adotadas no atendimento, essa reflexão pode impactar os cursos de formação e a postura que se espera de um profissional.

A própria associação de reikianos poderia se preocupar com estas questões e questionar o que realmente é importante para a técnica, qual é o “feijão com arroz”, no que a formação se mostra ineficaz, dentre outros, para que o reiki gere menores estranhamentos e facilite sua difusão em ambiente hospitalar.

- Funcionários

Foi visto como a inovação ainda está sendo descoberta no uso e que a participação dos usuários é essencial para dar sentido à técnica. O resgate dessas experiências pode contribuir para que a prática tenha um uso cada vez mais eficaz e eficiente, encontrando seu lugar, uma funcionalidade e definindo o público almejado. Para isso, é necessário discutir quais especialidades do hospital estão mais aptas à indicação, qual o perfil de paciente adequado, qual o momento da indicação, para qual finalidade, quais potenciais benefícios são esperados para o público alvo, como a técnica pode contribuir para as especialidades, dentre outros.

O reiki não seria apresentado como “bom para todos, para tudo e a qualquer momento” e poderia torná-lo mais credível no espaço desbravado. Essa clareza facilitaria tanto a explicação da técnica, quanto a orientação de seus usos de forma a diminuir obstáculos para aqueles que apresentam uma menor familiaridade com a terapia, sem saber como, quando ou para quem indica-la.

- Hospital

Os esforços para que as terapias complementares se difundam em ambiente hospitalar não devem ser feitos somente no sentido de “informar”, “conscientizar”, mostrar os

benefícios. “Nenhuma transferência pode ser bem sucedida sem uma compreensão ativa da tecnologia por parte da sociedade que a adquire. Quem traduz essa indispensável compreensão ativa é a organização da empresa e do trabalho determinada pelos compradores” (WISNER, 1994, p.189). Assim, o hospital poderia cooperar com a difusão ao criar, juntamente com os reikianos o protocolo de atuação, analisando o que cabe para os atendimentos no ambiente, como por exemplo diretrizes gerais, orientações de conduta, desde que funcionários da saúde e reikianos estejam presentes na formulação.

Por outro lado, a organização poderia contribuir na identificação das especialidades mais propícias a encaminharem, quais especialidades “teriam tempo”, ou seja, qual especialidade estaria apta a entender as necessidades do paciente para sugerir o encaminhamento ao reiki, por exemplo: enfermeiros, psicólogos, nutricionistas.

Além disso, o hospital deveria contribuir para formar a ponte entre o mundo dos reikianos e o mundo dos funcionários, para que o diálogo favoreça a troca de saberes, cada um entendendo a necessidade do outro, diminuindo expectativas ou frustrações de ambos os lados. Responsáveis da organização hospitalar, reikianos e funcionários escolhidos poderiam discutir para alinhar o papel do reiki no hospital e como reforçar o capital simbólico de cada ator para facilitar a mobilização dos recursos.

Essa aproximação dos mundos poderia contribuir para o sucesso da difusão, pois as transformações técnicas estariam cada vez mais adaptadas ao novo ambiente, as características do hospital, dos funcionários, dos pacientes e mesmo do perfil de reikiano esperado.

- Atores institucionais e Ministério da Saúde

Ainda que a PNPIC, tenha sido um avanço para a institucionalização das terapias, as PICS foram colocadas em uma mesma classificação, como se todas fossem iguais, porém somente o suporte institucional, apesar de sua importância, não garante o desenvolvimento de tais terapias dentro de hospitais, cada uma lidará com variáveis diferentes.

Assim, o resgate da prática e as trocas de experiências tem muito a contribuir nos avanços institucionais e regulamentações, e mais, pode-se aproximar os níveis institucionais das demandas práticas, para que as orientações sejam mais coerentes com as demandas práticas. Essa aproximação deveria ser considerada na formulação ou atualização de políticas, reforçando sempre a participação de reikianos e funcionários nesses direcionamentos.

A própria associação dos reikianos em seu processo epistemológico poderia tentar uma associação com o Ministério ou órgãos responsáveis pela PNPIC para resgatar as experiências e melhor direcionar a implantação do reiki em hospitais. Reforçando que o sucesso é construído de forma coletiva e deve-se estar atendo as demandas do ambiente a ser desbravado.

--

Sobre os limites desta pesquisa, é válido ressaltar que este trabalho não tem intuito de atacar ou desmerecer a ciência e seus avanços, ou opinar sobre as questões da área da saúde, pois o pesquisador sendo um engenheiro não tem propriedade nesse domínio. Além disso, a pesquisa não teve como enfoque entrar nas discussões das disputas da ciência, o estudo foi restrito aos aspectos organizacionais da atividade e buscou clarear pontos obscuros da implementação do reiki em hospitais.

Outra limitação é que este estudo não pode ser visto como uma tradução da realidade, pois “é difícil, quando não impossível, descrever corretamente a história de um domínio do saber. Ele consiste em numerosas linhas de desenvolvimento das ideias que se cruzam e se influenciam mutuamente” (FLECK, 2010, p. 55).

E por ser uma experiência social e ainda em construção, mesmo que tenha tentado criar uma lógica na apresentação dos dados, é válido lembrar que dificilmente há um começo demonstrável no processo inovador, bem como pouco pode-se dizer sobre o fim, pois em virtude das continuidades, o saber vive no coletivo e é continuamente retrabalhado (FLECK, 2010). Ainda que seja difícil entender como a técnica e meio social contribuíram para o “sucesso” da inovação, ou em que momento um foi mais relevante que o outro, se estão juntos ou separados, pode-se dizer apenas que ambos foram fatores determinantes para o êxito da inovação. Por fim, deve-se também considerar que em função da distância do local do campo de pesquisa, alguns dados não puderam ser aprofundados quanto se gostaria.

Esta pesquisa abre caminhos para estudos futuros, que podem ser orientadas tanto sob a ótica dos reikianos quanto dos funcionários da saúde. No que se refere aos reikianos, observou que os voluntários reafirmam com frequência que “reiki não é religião”, porém, se constantemente a frase é repetida, de alguma forma, algumas crenças pessoais ainda estão sendo percebidas pelo público de forma geral. Desta forma, pode-se aprofundar na interação reikiano-paciente, voltado nos gestos e falas dos voluntários, para entender em quais

momentos o misticismo/religiosidade se manifesta, assim como entender as percepções/estranhamentos do paciente durante o atendimento.

Por outro lado, também é uma possibilidade de pesquisa futura a análise da relação do funcionário do hospital com os pacientes, no intuito de entender as alterações da atividade com a chegada do reiki. Aprofundar o entendimento dos usos e desusos da técnica, de forma a resgatar um saber para facilitar que outros funcionários possam utilizar da ferramenta sem o receio de estar se expondo, ou deixando sua credibilidade em dúvida. Esses estudos ajudariam os reikianos a terem menos expectativas e decepções sobre a integração da pratica em ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABÉLÈS, M. *Anthropologie de la globalisation*. Paris, Payot, 2008.

AKRICH, M.; CALLON, M.; LATOUR, B. *A quoi tient le succès des innovations? 1: L'art de l'intéressement; 2: Le choix des porte-parole*. In : Gérer et comprendre. Annales des mines. 1988. p. 4-17 & 14-29.

BALDWIN, A.; VITALE A.; BROWNELL E.; SCICINSKI J. *The Touchstone Process: an Ongoing Critical Evaluation of the Reiki Therapy in Scientific Literature*. Holistic Nurse Pract, 2010. 24(5), 260–276.

BARBOSA, G.; SILVA, D.; SILVA, L.; PERES, K.; TORRES, J.; SOUZA, M. *Reiki como pratica integrativa e complementar: uma revisão integrativa*. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2016. Vol. 8 (3), 893-897.

BEARD, C.; STASON, W.; WANG, Q.; MANOLA, J.; DUSEK, J. *et al. Effects of complementary therapies on clinical outcomes in patients being treated with radiation therapy for prostate cancer*. Cancer. 2011. 117(1):96-102.

BÉGUIN, P. *Concevoir pour les genèses professionnelles*. In: Modèles du sujet pour la conception: dialectiques, activités, développement. Toulouse: Octarès, 2005.–260 p. In Revue française de pédagogie. Recherches en éducation, n° 154, p. 219-222.

BENAKOUCHE, T. *Tecnologia é Sociedade: Contra a noção de impacto tecnológico, Cadernos de Pesquisa*, n°. 17, PPGSP/UFSC, 1999.

BESSA, J.; OLIVEIRA, D. *O uso da terapia reiki nas américas do norte e do sul: uma revisão*. Revista Enfermagem UERJ, 21(5), 2014. 660–664.

BLANK, S. *Lean Innovation Management – Making Corporate Innovation Work*, 2015.

BOON, H; STEWART, M.; KENNARD, M.; GRAY; R.; SAWKA; C., BROWN, J. *et al. Use of complementary/alternative medicine by breast cancer survivors in Ontario: prevalence*

and perceptions. Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2000;18(13):2515-21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Relatório do 1º seminário Internacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde – PNPIC* /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.196 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica*/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.156 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 31).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde* / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p.

BRASIL. Portaria Ministerial GM nº 849, de 27 de março de 2017. *Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*. Brasília, DF, mar 2017.

BRASIL. Portaria GM nº 971, de 03 de maio de 2006. *Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF, mar 2017.

BURAWOY, M. *Conclusion. Grounding globalization, Global Ethnography. Forces, Connections, and Imaginations in a Postmodern World*, Berkeley: University of California Press, 2000.

CALDEIRA, A. P. S. *Sobre modelos e exemplos*. Varia hist., Belo Horizonte , v. 34, n. 64, p. 9-12, 2018.

CAMOLEZI, M. *On the concept of invention in Gilbert Simondon*. Scientiae Studia, São Paulo, vol. 13, no 2, p. 439-448, 2015.

CANDELISE, L. *La médecine chinoise dans la pratique médicale en France et en Italie, de 1930 à nos jours*. Représentations, réception, tentatives d'intégration. Paris, Thèse de l'EHESS, (2008).

GODIN, B. *Invention, diffusion and linear models of innovation: the contribution of anthropology to a conceptual framework* , Journal of Innovation Economics & Management 2014/3 (n°15), p. 11-37.

COLLINS, H; PINCH, T. *Doutor Golem: como pensar a medicina*. Coordenação da Tradução Fabrefactum. 2010a.

COLLINS, H.; PINCH, T. *O Golem: O que você deveria saber sobre a ciência*. Coordenação da Tradução Fabrefactum. 2010b.

DINIZ, E.; ASSUNÇÃO, A.; LIMA, F.. *Prevenção de acidentes: o reconhecimento das estratégias operatórias dos motociclistas profissionais como base para a negociação de acordo coletivo*. Ciência & Saúde Coletiva, 2005. 10, 905-916.

GIACOMINI, G.; ESTEVÃO, E.; PEGURER, M. *Difusão de inovações: apreciação crítica dos estudos de Rogers*. Revista FAMECOS: mídia, cultura e tecnologia, núm. 33, agosto, 2007, pp. 41-45.

FEENBERG, A. *Simondon e o construtivismo: uma contribuição recursiva à teoria da concretização*. Scientie studia, São Paulo, 2015. v. 13, n. 2, p. 263-81.

FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico: introdução à doutrina do estilo de pensamento e do coletivo de pensamento*. Fabrefactum Editora. 2010.

FRÉRY, F.; SILBERZAHN, P. *Où en est l'innovation aujourd'hui?*. Entreprendre & innover, 2013, no 2, p. 82-87.

GUERIN, F., LAVILLE, A., DANIELLOU, F., DURAFFOURG, J., & KERGUELEN, A. *Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. In Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia.* 2001.

GUILLOUX, R. *Évolution de la « tradition » dans la réception de l'acupuncture chinoise en France (1860-1980).* Revue d'anthropologie des connaissances 2011/1 (Vol. 5, n° 1), p. 13-40.

HSU E. *Innovation in Chinese Medicine.* Cambridge, Cambridge University Press, 2001.

HUGHES, T.; PINCH, T. *The social construction of technological systems.* Cambridge: The MIT Press, 1987.p. 17-50.

JANES, C. *Buddhism, Science, and Market: The Globalisation of Tibetan Medicine,* Anthropology and Medicine 9(3): 267-289 2002.

LATOUR, B. *On technical mediation - philosophy, sociology, genealogy.* Common Knowledge, v. 3, n. 2, p. 29-64, 1994.

LAW, J. *And if the global were small and noncoherent? Method, complexity, and the baroque.* Society and Space, 2005. 22: 13-26.

MARTINS, H. *Metodologia qualitativa de pesquisa. Educação e Pesquisa,* São Paulo, 2004. v.30, n.2, p. 289-300, maio/ago.

NCCAM. National Center for Complementary and Alternative Medicine. *Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?* Disponível em: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> Acesso agosto 2018.

MALINOWSKI, B. *The Present State of Studies In Culture Contact: Some Comments on an American Approach, Africa,* Journal of the International African Institute, 1939. 12(1), 27-48.

MICOLLIER, E. *Un savoir thérapeutique hybride et mobile. Éclairage sur la recherche médicale en médecine chinoise en Chine aujourd'hui.* Revue d'anthropologie des connaissances 2011/1 (Vol. 5, n° 1), p. 41-70.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Em São Paulo, 367 municípios utilizam práticas integrativas no tratamento de pacientes do SUS.* 2018. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42821-em-sao-paulo-367-municipios-utilizam-praticas-integrativas-no-tratamento-de-pacientes-do-sus..> Acesso em: 10 de jun. 2018.

OMS. *Estrategia da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005.* Genebra: OMS, 2002. 67p.

ONG, A., COLLIER, S.J. *Global assemblages, anthropological problems*, in A. Ong and S.J. Collier (eds.), *Global Assemblages. Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*, Malden, MA: Blackwell. (2005).

PETROSKI, H. *A evolução das coisas úteis.* Random House Inc. New York, 1992.

PORDIÉ, L. *Tibetan medicine today: neo-traditionalism as an analytical lens and a political tool. Tibetan Medicine in the Contemporary World. Global Politics of Medical Knowledge and Practice*, London and New York: Routledge, pp.3-32, 2008, Series of the Needham Research Institute.

PORDIÉ, L. *Savoirs thérapeutiques asiatiques et globalisation* », *Revue d'anthropologie des connaissances*. 2011/1 (Vol. 5, n° 1), p. 3-12.

PORDIÉ, L. *Se démarquer dans l'industrie du bien-être.* *Anthropologie & Santé - Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, Association Amades, 2011, 3, pp.en ligne.

PORDIÉ, L. *Tibetan medicine today: neo-traditionalism as an analytical lens and a political tool. Tibetan Medicine in the Contemporary World. Global Politics of Medical Knowledge and Practice*, London and New York: Routledge, pp.3-32, 2008, Series of the Needham Research Institute.

PORDIÉ, L. *Se démarquer dans l'industrie du bien-être.. Anthropologie & Santé - Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, Association Amades, 2011, 3, pp.en ligne.

PORDIÉ, L. *Spaces of Connectivity, Shifting Temporality. Enquiries in Transnational Health. European Journal of Transnational Studies*, 2013, 5 (1), pp.6-26.

ROBERTSON, R. *Glocalization: Time-space and homogeneity-heterogeneity*. *Global modernities*. 1995. 2, 25-45.

ROGERS, E. *Diffusion of innovations*. 5ed. Nova York: Free Press, 2003.

ROSEGGER, G., MANTEL, S. *The Role of Third-Parties in the Diffusion of Innovations: A Survey*. *En Innovation: Adaptation and Growth* (pp. 123-134). Amsterdam: Elsevier Science Publishers. 1987.

ROSENBERG, N. *Incertidumbre y Cambio Tecnológico*, *Revista de Historia Industrial*, No. 6, 1994.

SIEGEL, B.; VOGT, E.; WATSON, J.; BROOM, L., *Acculturation: An Exploratory Formulation*, *American Anthropologist*, 1954. 56(6), 973-1000.

SIMONDON, G. *Du mode d'existence des objets techniques*. 1958.

TAROZZI, M. *O que é a grounded theory: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados*. Petrópolis: Vozes, 2011.

TRIPPO, K.; ALMEIDA, L.; JESUS, M.; NASCIMENTO, M; MOREIRA, N.: OLIVEIRA, M. (2017). *Concepção de acadêmicos de saúde sobre a PNPIC e sua aplicabilidade no SUS*. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 2017. 7(4), 481-488.

VANDERVAART, S.; GIJSEN, V. M.; DE WILDT, S. N., KOREN, G.. *A systematic review of the therapeutic effects of Reiki*. *the Journal of alternative and complementary medicine*, 2009, vol. 15, no 11, p. 1157-1169.

VARNO. *REIKI SISTEMA OCIDENTAL "Sagrado Sem Segredos"*. Universo, 2009

VOLKER, S. *Currents of Tradition in Chinese Medicine, 1626–2006*. Seattle: Eastland, 2007.

VINCK, D. *Engenheiros no cotidiano. Etnografia da atividade de projeto e de inovação*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2013.

WILLIAMS,A.; KITCHEN, P.; EBY, J. *Alternative health care consultations in Ontario, Canada: A geographic and socio-demographic analysis*. BMC complementary and alternative medicine. 2011;11:47.

WISNER, A. *A inteligência no trabalho: textos selecionados de Ergonomia*. 1994.

ZHAN, M. *Other-Worldly: Making Chinese Medicine through Transnational Frames*. Durham, NC: Duke University Press, 2009.

APÊNDICE A: ROTEIROS DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

SEGUNDA FASE	
Entrevistado: V1	Entrevistado: Voluntários
<ol style="list-style-type: none"> 1. Como o reiki começou no hospital? 2. Qual o perfil do voluntariado? 3. Quem pode receber? 4. Como é a adesão dos pacientes? 5. Como os pacientes chegam aqui? 6. Como é sua relação com os pacientes? 7. Quais as especialidades que direcionam seus pacientes? 8. Como é feita a divulgação da terapia no hospital? 9. Como é a relação entre os voluntários e os médicos? 10. Como é feita a seleção dos reikianos? 11. Como é a adaptação dos reikianos? 12. Há rotatividade elevada? 13. Como é o processo seletivo? 14. Quais são os pré requisitos? 15. Quais as situações mais recorrentes nas entrevistas? 16. Quais as diferenças dos reikianos daqui? 17. Porque deve ser voluntário para ser reikiano? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quantas sessões os pacientes tem direito? 2. Qual o perfil dos pacientes que chegam no reiki 3. Como é o comportamento dos pacientes? Param.. continuam, renovam? 4. Como se entende o serviço voluntário? 5. Sempre é realizado da mesma forma? Quais são as variações, o que atrapalha? 6. Como é a aplicação do reiki? 7. Como é utilizada a cromoterapia? 8. No que a cromoterapia complementa?
TERCEIRA FASE	
Entrevistado: V0	Entrevistado: Voluntários
<ol style="list-style-type: none"> 1. Como foi o surgimento do reiki? 2. Como o reiki começou no hospital? 3. Como vê sua relação com a Presidente? 4. Como vê sua relação com outros funcionários do hospital? 5. Porque escolheu ser voluntária? O que te 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como e quando conheceu o reiki? 2. Possuía alguma experiência como terapeuta antes do hospital? 3. Já foi voluntário antes daqui? 4. Quando chegou ao hospital? Como ficou sabendo?

<p>motivou?</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. O que o reiki significa para você? 7. Quem procura você? Com quais interesses? 8. Sempre houve falta de voluntários? 	<ol style="list-style-type: none"> 5. O que é o reiki para você? 6. Como vê o reiki no hospital? 7. Como foi sua formação reiki? 8. Como foi sua adaptação com o reiki que aprendeu na formação e o procedimento aqui? 9. O que aprendeu sobre a aplicação no hospital? 10. Passou por alguma dificuldade inicial? 11. Há algo difícil de adaptar? 12. O que significa para você este trabalho no hospital? 13. Algum conselho para quem quiser ser reikiano aqui? 14. Como foi sua formação quando chegou? 15. Como você se vê? 16. O que se espera de um terapeuta reiki? 17. O que esta terapia tem a mostrar? 18. O que seria um serviço ideal? 19. O que se espera futuramente?
---	---

QUARTA FASE

Entrevistado: V1	Entrevistado: Voluntários
<p>Sobre o Protocolo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De onde surgiu a ideia? 2. Qual foi a primeira ideia? 3. Quando virou algo estruturado? 4. Algum tópico foi reformulado? 5. Há algum que pretende acrescentar? 6. O protocolo tem fins apenas para a formação? 7. O que é “ter postura” 8. O que são as “donas de casa” e os “místicos”? 9. O que quer dizer quando diz que “faltam terapeutas”? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. O que o símbolo significa para você? 2. Como se prepara, faz sua conexão? 3. Onde começa o reiki? 4. Há diferença entre o paciente daqui e de outros ambientes? 5. Há diferença entre aplicar reiki aqui e em outros ambientes? 6. Qual sua abordagem com o paciente? 7. Quais situações te surpreenderam por estar em hospital? 8. Já aconteceu alguma situação que foi inesperada? Como reagiu?

<p>10. Como a troca de gestão do voluntariado pode afetar o reiki?</p> <p>11. Como a troca de gestão do hospital pode afetar o reiki?</p> <p>12. O reiki está vinculado a imagem de V0, do voluntariado, sua ou é uma especialidade?</p>	<p>9. O que acha da formação reiki?</p> <p>10. O que o hospital ensinou além da formação?</p> <p>11. O que acha do protocolo hospitalar? Qual sua função?</p> <p>12. Propõe alguma melhoria/modificação no protocolo?</p> <p>13. Como se sente ao não utilizar os símbolos?</p> <p>14. Como se sente por não poder limpar a “aura” com as mãos, ou fazer gestos?</p> <p>15. Acha que só profissionais da saúde podem aplicar reiki em hospital?</p>
<p>Entrevistado: Diretora do Hospital</p>	
<p>1. Qual experiência já tinha com as PNPICS?</p> <p>2. Porque o reiki?</p> <p>3. Como foi o surgimento da ideia, da aceitação e da implementação?</p> <p>4. Reclamações de outros funcionários?</p> <p>5. O que o reiki significa/representa para:</p> <p>6. Os funcionários, Pacientes, você e o hospital?</p> <p>7. Como o hospital se posiciona frente o reiki?</p> <p>8. Como vê o futuro do reiki no hospital?</p> <p>9. O que a regulação do reiki muda no serviço?</p> <p>10. Há interesse do hospital abraçar o reiki?</p> <p>11. Crises no reiki, como o hospital se posiciona?</p>	
<p style="text-align: center;">QUINTA FASE</p>	
<p>Entrevistado: Funcionários da área da saúde</p>	<p>Entrevistado: Pacientes</p>
<p>1. Como ficou sabendo do atendimento?</p> <p>2. O que acha que a terapia pode contribuir para seus pacientes?</p>	<p>1. O que é o reiki?</p> <p>2. Qual especialidade te apresentou a técnica?</p>

<ol style="list-style-type: none"> 3. O que impede o atendimento? 4. Qual o papel do reiki nos atendimentos? 5. Porquê indica? 6. Como propões ao paciente? 7. Já recebeu tratamento do Espaço Reiki? 8. O que achou da postura terapêutica dos voluntários? 9. Há conselhos para o procedimento? 10. Qual o papel do reiki? 11. Porque o reiki está no hospital e por quê no Mandaqui? 12. Há a adesão dos profissionais de maneira geral? 13. Porque indicam os pacientes? 14. Enviam todos? 15. Por quê não indica? 16. Quais são seus critérios? 17. O que indicar ou não indicar influencia sua atividade diária? 18. Qual a reação dos pacientes ao falar da terapia? 19. Qual o retorno? 20. O que acha da iniciativa dos voluntários? 21. O que acha da postura dos voluntários? 22. O que colegas da mesma área acham de você indicar ou não pacientes? 23. Há futuro do reiki no espaço hospitalar? 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Recebe há quanto tempo? 4. Qual o benefício para você? 5. O que acha das pessoas que aplicam o reiki? 6. O que acha da conduta do terapeuta com vocês? 7. Sente alguma diferença de tratamento? 8. Acha que o reiki é para todas as pessoas? 9. Algum conselho para o terapeuta? 10. Algum conselho para o hospital?
--	--

APÊNDICE B : PARECER COMITÊ DE ÉTICA DA UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 61485816.6.0000.5149

Interessado(a): Prof. Francisco de Paula Antunes Lima
Departamento de Engenharia de Produção
Escola de Engenharia- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 13 de dezembro de 2016, o projeto de pesquisa intitulado “**Inovação Técnica na Medicina Hospitalar: Processo de integração de terapias complementares nos cuidados medicinais hospitalares**”, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Profa. Dra. Vivian Resende
Coordenadora do COEP-UFMG

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES DO HOSPITAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES DO HOSPITAL

Título da pesquisa: Inovação Técnica na Medicina Hospitalar: Processo de integração de terapias complementares nos cuidados médicos hospitalares

Informações: Você está sendo convidado (a) participar de um projeto de pesquisa de mestrado, com o objetivo de compreender os desafios que encontram médicos, terapeutas e pacientes frente a técnica Reiki/Cromoterapia nos cuidados médicos hospitalares. As entrevistas serão realizadas no Conjunto Hospitalar Mandaqui, local de origem da pesquisa. O desenvolvimento da pesquisa respeitará as Resoluções nº 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (órgão que regulamenta as diretrizes e normas para a realização de pesquisas envolvendo pessoas), além de toda a legislação relacionada a saúde, vigente em nosso país. Este estudo espera possibilitar a valorização do trabalhador e do trabalho, através do entendimento do serviço Reiki/cromoterapia e o papel que os mesmos desempenham no hospital, o que pode trazer futuramente um atendimento mais eficiente e de melhor qualidade para os pacientes.

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, onde serão realizadas entrevistas, observações e filmagens, os riscos de participação nesta pesquisa se referem apenas a um possível cansaço mental, que pode ocorrer em alguns casos, nos quais as entrevistas possam se estender, por um período, um pouco maior que o habitual. Há a possibilidade de que algumas de suas falas sejam aprofundadas em uma segunda entrevista para algum esclarecimento. Entretanto, você tem a total liberdade de interromper, adiar ou recusar sua participação neste estudo a qualquer momento. Deve ficar claro, também, que a sua participação é voluntária e isenta de despesas e que você concorda, voluntariamente, em participar deste estudo. Desta forma não há possibilidades de ser nem remunerado, nem indenizado. Você poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento e a sua decisão será respeitada sem penalidades ou prejuízos. Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a outra cópia ficará com o pesquisador responsável. As duas cópias serão assinadas por mim, Yã Grossi Andrade, e pelo pesquisador responsável.

Caso aceite participação, suas informações pessoais ficarão sob sigilo do pesquisador, de forma que não serão publicados em hipótese alguma seus dados. Os demais dados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa e futuras publicações acadêmicas, não sendo divulgados em nenhum outro tipo de veículo de comunicação ou utilizados com outra finalidade, além da pesquisa. Após 5 anos, os dados coletados serão destruídos. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e os pesquisadores responsáveis estão disponíveis para quaisquer esclarecimentos que se façam

necessários. Então, além do seu direito de recusar ou desistir a qualquer momento, você também pode recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa - COEP para questões relacionadas a ética desta pesquisa.

Procedimentos do estudo: Para a participação nessa pesquisa, solicitamos sua autorização para incluir sua entrevista gravada em áudio, e caso concedido, a observação de seu atendimento, assim como consultar dados clínicos do seu prontuário no atendimento complementar Reiki/Cromoterapia, para buscar informações relacionadas à frequência de seus atendimentos como elemento de análise e estudo referente ao serviço reiki/cromoterapia e suas impressões sobre o atendimento.

Declaração e assinatura:

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com o pesquisador mestrando Yã Grossi Andrade – telefone (XX) XXXX-XXXX, e-mail: XXXXXXXXXXXX e com o professor orientador Francisco de Paula Antunes Lima – telefone (XX) XXXX.XXXX, e-mail: XXXX Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.


Assinatura do Participante: _____

Data: / / **RG:** _____

Endereço: _____

Yã Grossi Andrade
Pesquisador mestrando

Francisco de Paula Antunes Lima
Professor orientador

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa/COEP - UFMG
Av. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha Unidade Administrativa II – 2º andar – sala 2005
CEP: 31270-901- Telefone: (31) 3409-4592 / Belo Horizonte - Minas Gerais
 coep@prpg.ufmg.br

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FUNCIONÁRIOS E VOLUNTÁRIOS DO HOSPITAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FUNCINÁRIOS E VOLUNTÁRIOS DO HOSPITAL

Título da pesquisa: Inovação Técnica na Medicina Hospitalar: Processo de integração de terapias complementares nos cuidados médicos hospitalares

Informações: Você está sendo convidado (a) participar de um projeto de pesquisa de mestrado, com o objetivo de compreender os desafios que encontram médicos, terapeutas e pacientes frente a técnica Reiki/Cromoterapia nos cuidados médicos hospitalares. As entrevistas serão realizadas no Conjunto Hospitalar Mandaqui, local de origem da pesquisa. O desenvolvimento da pesquisa respeitará as Resoluções nº 196/96 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (órgão que regulamenta as diretrizes e normas para a realização de pesquisas envolvendo pessoas), além de toda a legislação relacionada a saúde, vigente em nosso país. Este estudo espera possibilitar a valorização do trabalhador e do trabalho, através do entendimento do serviço Reiki/cromoterapia e o papel que os mesmos desempenham no hospital, o que pode trazer futuramente um atendimento mais eficiente e de melhor qualidade para os pacientes.

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, onde serão realizadas entrevistas, observações e filmagens, os riscos de participação nesta pesquisa se referem apenas a um possível cansaço mental, que pode ocorrer em alguns casos, nos quais as entrevistas possam se estender, por um período, um pouco maior que o habitual. Há a possibilidade de que algumas de suas falas sejam aprofundadas em uma segunda entrevista para algum esclarecimento. Entretanto, você tem a total liberdade de interromper, adiar ou recusar sua participação neste estudo a qualquer momento. Deve ficar claro, também, que a sua participação é voluntária e isenta de despesas e que você concorda, voluntariamente, em participar deste estudo. Desta forma não há possibilidades de ser nem remunerado, nem indenizado. Você poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento e a sua decisão será respeitada sem penalidades ou prejuízos. Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a outra cópia ficará com a pesquisadora responsável. As duas cópias serão assinadas por mim, Yã Grossi Andrade, e pelo pesquisador responsável.

Caso aceite participação, suas informações pessoais ficarão sob sigilo do pesquisador, de forma que não serão publicados em hipótese alguma seus dados. Os demais dados obtidos serão utilizados apenas para fins de pesquisa e futuras publicações acadêmicas, não sendo divulgados em nenhum outro tipo de veículo de comunicação ou utilizados com outra finalidade, além da pesquisa. Após 5 anos, os dados coletados serão destruídos. Este estudo

foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e os pesquisadores responsáveis estão disponíveis para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários. Então, além do seu direito de recusar ou desistir a qualquer momento, você também pode recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa - COEP para questões relacionadas a ética desta pesquisa.

Procedimentos do estudo: Para a participação nessa pesquisa, solicitamos sua autorização para incluir sua entrevista gravada em áudio, e caso concedido, a observação da sua atividade de trabalho como elemento de análise e estudo para buscar informações relacionadas ao serviço reiki/cromoterapia e suas impressões sobre o atendimento e o papel desempenhado pela técnica no hospital.

Declaração e assinatura:

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos, procedimentos e linguagem técnica satisfatoriamente explicados. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, tive a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com o pesquisador mestrando Yã Grossi Andrade – telefone (XX) XXXX-XXXX, e-mail: XXXX e com o professor orientador Francisco de Paula Antunes Lima – telefone (XX) (XX) XXXX.XXXX, e-mail: frapalima@gmail.com. Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante: _____

Data: / / **RG:** _____

Endereço: _____

Yã Grossi Andrade

Pesquisador mestrando

Francisco de Paula Antunes Lima

Professor orientador

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa/COEP - UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627 – Pampulha Unidade Administrativa II – 2º andar – sala 2005

CEP: 31270-901- Telefone: (31) 3409-4592 / Belo Horizonte - Minas Gerais



coep@prpg.ufmg.br